318

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1908, à 1 heure.

Par Joseph C. COURCIÉRAS

Né à Condat-en-Combrailles (Puy-de-Dôme), le 18 décembre 1880

DES

ADHÉRENCES PÉRICŒCALES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Président : M. QUÉNU, *professeur.*

Juges : MM. ALBARRAN, *professeur.*
MARION et AUVRAY, *agrégés.*

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27
1908

A MA SŒUR MARIE

A MON FRÈRE ÉMILE

ET A MA BELLE-SŒUR

A MON FRÈRE JEAN-BAPTISTE

A MON FRÈRE AINÉ

LOUIS COURCIÉRAS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur à la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études, c'est un devoir pour nous de rendre hommage à nos maîtres et de les remercier du soin qu'ils ont pris à nous instruire.

A Clermont-Ferrand nous avons été l'élève de MM. les professeurs Bousquet et Du Cazal; nous leur adressons ici l'expression de notre profonde gratitude ainsi qu'à MM. Lepetit, Planchard, Maurin, Billard et Dieulafé aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.

A Paris nous avons suivi le service de M. le Dr Moutard-Martin et de M. le professeur agrégé Aug. Broca dont nous avons conservé le meilleur souvenir.

M. le Dr Thévenard nous a guidé dans le choix de notre sujet de thèse, aidé de ses conseils et fourni des documents; il a bien voulu nous honorer de son amitié; qu'il reçoive ici l'assurance de notre profond attachement.

Que M. le professeur Quénu nous permette de lui exprimer ici toute notre reconnaissance d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

C'est enfin un devoir pour nous de rendre hommage à la mémoire du professeur Budin dont nous avons été l'élève et à celle du Dr Aubeau qui nous a toujours témoigné la plus grande sympathie.

DES ADHÉRENCES PÉRICOECALES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

INTRODUCTION

La question de l'appendicite chronique, appendicite à rechute ou appendicite chronique d'emblée, a été bien étudiée depuis une dizaine d'années. L'appendicite chronique d'emblée dont Poncet donne déjà une observation en 1894, signalée par Brun en 1897, et surtout par Walther, qui en a présenté plusieurs observations au congrès français de chirurgie en 1898, par Ewald au congrès de chirurgie allemand en 1899, par Jalaguier à la Société de chirurgie en 1900, a été bien décrite depuis et a été un objet d'étude pour plusieurs thèses.

Nous décrirons, sous le nom d'agglomération péricæcale d'origine appendiculaire, une complication de l'appendicite et surtout de l'appendicite chronique.

C'est une complication qui peut se produire non seu-

lement pendant le cours d'une appendicite en évolution, mais aussi plus tard et après l'opération, quand l'appendice ayant été enlevé, il y a continuation d'un processus inflammatoire commencé.

Au congrès de chirurgie de Paris de 1903, Tavel de Berne a décrit cette complication post-opératoire, sous le nom de péricolite cicatricielle post-appendiculaire.

Qu'on se trouve en présence d'agglomération péricæcale appendiculaire ou post-appendiculaire, il s'agit d'adhérences réunissant au cæcum, ou au côlon ascendant, autour de l'appendice vermiculaire enflammé, soit le plus souvent des anses de l'intestin grêle, soit d'autres organes, et pouvant arriver à constituer comme une véritable tumeur susceptible de faire commettre une erreur de diagnostic, mais susceptible aussi de donner lieu à des accidents assez graves pour qu'on y attache une certaine importance.

Tous les auteurs qui ont traité de l'appendicite chronique ont signalé l'existence de ces adhérences, les ont décrites et en ont fait voir toute l'importance. Legueu et Baussenat ont même décrit en 1898 une variété d'appendicite qu'ils ont nommée appendicite à forme néoplasique.

De nombreux auteurs ont signalé et étudié les accidents d'occlusion intestinale mécanique dus à l'appendicite.

M. le professeur Quénu a signalé en 1902 à la Société de chirurgie les coudures de l'intestin par adhérences iléo-cæcales d'origine appendiculaire.

Karewski a signalé en 1902 et en 1905 à la Société

de médecine interne de Berlin, ce qu'il appelle péritonite adhésive diffuse suite d'appendicite. Cet auteur croit d'ailleurs à la très grande fréquence de l'appendicite larvée d'Ewald qu'il considère comme l'origine de la péritonite adhésive diffuse dont il parle.

H. Haberer a décrit en 1907 l'appendicite chronique adhésive dont il publie sept observations.

Nous reconnaissons que cette complication de l'appendicite a été le plus souvent jusqu'ici une découverte opératoire ou d'autopsie.

Elle nous a semblé néanmoins pouvoir faire l'objet d'une étude spéciale à cause des signes cliniques qui permettent d'en faire le diagnostic et des indications opératoires qui peuvent résulter de son existence.

Certains auteurs ont pu dire que les états chroniques de l'appendice décrits sous le nom d'appendicite chronique d'emblée, sans crise nette, ne sont qu'une vue de l'esprit et sont si exceptionnels en clinique qu'ils sont pour ainsi dire à négliger. On ne les rencontre, disent-ils, que dans les cas de tuberculose, d'actinomycose ou de cancer primitif de l'appendice. Nous croyons au contraire à l'existence de l'appendicite chronique simplement inflammatoire et sans tuberculose ni cancer.

Les adhérences dont nous parlons se forment pendant l'évolution d'une appendicite latente et pouvant n'avoir jamais passé par une phase aiguë. C'est pourquoi le tableau clinique de l'agglomération péricæcale d'origine appendiculaire se confond le plus souvent avec celui de l'appendicite chronique.

Nous faisons remarquer que cette complication de

l'appendicite se produit au cours d'une appendicite aiguë et primitive tout aussi bien que pendant l'évolution d'une forme chronique récidivante ou de la forme larvée d'Ewald, mais avec des caractères particuliers : Les adhérences constituant la péritonite plastique au cours d'une appendicite aiguë sont susceptibles de régresser, ce qui ne se produit pas quand ces adhérences se forment lentement pendant l'évolution d'une inflammation chronique.

ETIOLOGIE

Toute appendicite est due à une infection.

L'appendice est un organe riche en tissu lymphoïde ; il est considéré aujourd'hui comme un organe de défense de l'organisme analogue aux amygdales.

La cause de l'infection appendiculaire peut être locale ou générale.

L'infection appendiculaire locale est due au dépôt direct d'un germe pathogène à la surface de la muqueuse saine ou déjà ulcérée.

Cette infection peut survenir à l'occasion où à la suite d'une maladie du tube digestif : entérite aiguë, fièvre typhoïde, dysenterie. L'entérocolite a été incriminée par Walther, Broca, Reclus, mais Dieulafoy dit que l'entéro-typhlo-colite, n'a jamais donné naissance à l'appendicite.

La présence de parasites dans le tube digestif, entre autres le trichocéphale, et pouvant pénétrer dans l'appendice peut être favorable à l'implantation d'un germe sur la muqueuse appendiculaire. C'est Metchnikoff qui a signalé le rôle étiologique de ces parasites ; mais il

a été bien mis au point par Guiart qui a montré que ces parasites se bornent à inoculer sous la muqueuse des bactéries pathogènes auxquelles une muqueuse non ulcérée oppose une barrière infranchissable.

Des corps étrangers, des concrétions stercorales donnant naissance à la lithiase appendiculaire décrite par Dieulafoy peuvent également favoriser cette infection.

L'atonie intestinale et la constipation qui en résulte sont également une cause prédisposante assez habituellement invoquée par les auteurs et mise en relief par Talamon.

D'autres fois il pourra s'agir de la propagation à l'appendice d'une infection de voisinage. On a observé l'appendicite coïncidant avec la lithiase biliaire, l'angiocholécystite, par infection descendante, dit Dieulafoy en 1903.

Ou bien l'appendicite est consécutive à une infection des annexes de l'utérus, chez la femme, infection propagée par voisinage comme le veut Delagenière au Congrès de chirurgie de 1897, ou par voie lymphatique, comme le soutiennent d'autres auteurs.

La cause de l'infection appendiculaire peut être générale. Dans ce cas il s'agira de la localisation sur l'appendice, organe lymphoïde d'une infection généralisée. Pour certains auteurs, l'appendicite est une maladie générale primitive, à localisation secondaire restreinte.

La grippe est la maladie infectieuse qui se localise le plus volontiers sur l'appendice, et c'est à la grippe qu'on doit attribuer certaines épidémies d'appendicite : l'infection appendiculaire pouvant d'ailleurs passer ina-

perçue au moment de la grippe et ne se manifester que plus ou moins longtemps après avoir évolué d'une façon latente, comme l'a montré Faisans en 1899.

L'infection appendiculaire peut de même avoir pour origine une pneumonie, une crise de rhumatisme articulaire aigu, une fièvre éruptive : scarlatine, rougeole, varicelle.

En général, toutes les infections qui se localisent sur les amygdales et donnent naissance à une angine peuvent atteindre en même temps l'appendice. De nombreux cas cliniques font aujourd'hui admettre cette théorie d'une façon à peu près générale.

On a même fait entrer l'inflammation de l'appendice dans le syndrome adénoïdien avec l'hypertrophie des amygdales et la présence de végétations adénoïdes.

Quelle que soit la façon dont un germe pathogène a pu pénétrer dans l'appendice et s'y greffer et quel que soit ce germe il peut s'y développer et y provoque l'inflammation de cet organe.

Cette inflammation pourra passer plus ou moins inaperçue, comme l'angine au début de certaines infections générales, et rester latente pendant plus ou moins longtemps.

Que si la virulence de ces microbes et de leurs toxines est subitement exaltée, soit par suite de la stagnation dans le canal appendiculaire des produits de sécrétion ou des concrétions stercorales, comme le soutient Reclus, soit, d'une autre façon, par la transformation en cavité close de ce canal, par ces concrétions stercorales, par un corps étranger, par une coudure de l'appendice,

ainsi que le veut Dieulafoy, il vienne à éclater des accidents redoutables d'une crise aiguë ou suraiguë, on ne saurait le prévoir ni l'empêcher.

Mais ces accidents peuvent tarder longtemps ; mais le processus inflammatoire n'en continuera pas moins à se développer.

L'inflammation peut s'étendre sans donner naissance à des symptômes bien marqués ; mais cette inflammation n'évolue pas sans provoquer une réaction péritonéale qui est une réaction de défense de l'organisme contre l'infection voisine.

Cette réaction du péritoine qui se manifeste avec grand fracas dans les accidents aigus que nous avons rappelés plus haut et qui est connue depuis longtemps correspond à ce qu'on désignait autrefois sous le nom de périty phlite. La péritonite de l'appendicite, dit Terrier, est une péritonite adhésive avec foyers septiques par places et séparés les uns des autres. Elle peut ne se manifester que par des symptômes peu inquiétants et rester latente pendant longtemps comme l'infection appendiculaire qui en est la cause.

Et c'est cette réaction du péritoine qui aboutit à la formation d'adhérences qui sont une sauvegarde pour l'organisme en empêchant l'infection générale de la séreuse.

C'est cette réaction péritonéale qui amène la réunion et la soudure entre elle et au cæcum de plusieurs anses intestinales et d'autres organes comme l'estomac ou le rein droit déplacé, ou les annexes de l'utérus chez la femme.

Elle aboutit ainsi à constituer au bout de plusieurs mois et de plusieurs années cette agglomération péricæcale d'origine appendiculaire sur laquelle nous présentons quelques considérations.

Notons que cette complication de l'appendicite n'est pas particulière à un âge de la vie plus qu'à un autre. Elle peut se rencontrer chez tous ceux qui sont porteurs d'un appendice malade, que ce soit un vieillard ou un enfant, un adolescent ou un adulte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'agglomération péricæcale d'origine appendiculaire forme une véritable tumeur constituée par des adhérences qui réunissent autour de l'appendice primitivement enflammé et du cæcum les anses intestinales et d'autres organes voisins.

Au centre de cette tumeur, se trouve un appendice malade avec ou sans une ou plusieurs petites collections purulentes enkystées.

Les adhérences traduisent la réaction péritonéale à l'infection appendiculaire.

Nous examinerons successivement :

Les lésions péritonéales ;

Les lésions appendiculaires.

LÉSIONS PÉRITONÉALES

Nous avons appris en pathologie générale que tout processus inflammatoire se traduit par la formation d'un exsudat. Les séreuses donnent le plus souvent naissance à un exsudat pseudo-membraneux qui se

produit dans la cavité séreuse et accole les feuillets entre eux.

Katzenstein a attiré l'attention sur la formation d'un exsudat très riche en fibrine lors de l'envahissement de la cavité péritonéale par les bactéries.

La présence de cette fibrine sur les parois de la cavité a pour conséquence d'empêcher la résorption de l'exsudat.

Cet exsudat, s'il ne se résorbe pas, tend à s'organiser rapidement. Il s'organisera pour donner naissance à des tissus de néoformation vasculaires et fibreux.

A l'exsudat qui accolait les deux feuillets séreux entre eux succèdent donc des tractus fibreux qui maintiennent l'accolement des deux feuillets et constituent des adhérences pour les organes qu'entoure la séreuse.

Ces adhérences peuvent être courtes, mais larges et étendues collant en quelque sorte les organes qu'ils unissent l'un à l'autre.

D'autres fois, longues et étroites, elles constituent comme de véritables brides qui n'en réunissent pas moins deux organes tout en étant susceptible de gêner le fonctionnement de ceux qu'elles croisent.

Ces tissus de néoformation une fois constitués ont une tendance à se transformer en tissus fibro-graisseux qui sont susceptibles de se rétracter.

Ce sont des adhérences de ce genre qui se produisent à la suite d'une appendicite aiguë ou subaiguë avec péri-appendicite plastique ; ou bien au cours d'une appendicite à répétition, ou chronique d'emblée avec réaction péritonéale.

Nous savons que le cæcum et l'appendice vermiculaïre sont fixés par le péritoine.

La séreuse entoure entièrement le cæcum et se continue en haut par le mésocôlon ascendant. Mais tandis que le côlon ascendant est appliqué sur la paroi postérieure de l'abdomen sur toute sa longueur, cæcum et appendice en dehors de leurs relations avec le péritoine sont à peu près libres et flottants.

L'appendice est fixé par son méso-appendice de forme triangulaire et dans lequel se trouve l'artère appendiculaire. Ce méso-appendice réunit l'appendice par sa base à l'iléon. Un repli péritonéal iléo-appendiculaire réunit aussi l'appendice à l'iléon et c'est entre ce repli iléo-appendiculaire et la base du méso-appendice que se trouve la fossette iléo-appendiculaire de Jonnesco.

Notons que le péritoine péricæcal peut être normalement adhérent à la fosse iliaque et former un ou deux replis qui donnent naissance à des fossettes rétrocæcales.

Chez la femme enfin un repli péritonéal existe quelquefois qui relie normalement le méso-appendice au bord supérieur du ligament large et qu'on nomme ligament appendiculo-ovarien de Clado. C'est par ce ligament de Clado qu'il y a communication entre les lymphatiques appendiculaires et utéro-ovariens.

Nous considérons l'appendice comme occupant une position normale quand il reste en position descendante appliquée sur la face antérieure du muscle psoas. Cæcum et appendice sont alors en rapport en arrière avec

ce muscle auquel le péritoine devient presque toujours adhérent dans les cas qui nous intéressent.

En dedans et en avant sont des anses de l'intestin grêle pouvant s'agglomérer et appliquer notre appendice contre la face antérieure du muscle. On sait d'ailleurs qu'une poussée aiguë d'appendicite peut se compliquer de psoïtis avec formation d'une collection purulente.

Mais si l'appendice déborde du psoas sur son bord interne et vient plonger dans le petit bassin, il prend alors une position descendante et pelvienne. Il est ainsi en rapport avec d'autres organes qui se trouvent dans le petit bassin.

D'après le travail de Barnsby et celui de Robinson, cette position descendante et pelvienne de l'appendice est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle coïncide peut-être avec la plus grande fréquence des ptoses viscérales dans le sexe féminin.

L'appendice peut plonger en entier dans la cavité pelvienne et le cæcum avec lui. Des adhérences peuvent alors réunir ensemble l'appendice et le cæcum et soit la trompe et l'ovaire droit, soit l'utérus et ses annexes du côté droit, avec des anses de l'intestin grêle, avec la portion terminale du côlon descendant; soit encore la vessie, ou enfin la partie supérieure du rectum ou l'anse sigmoïde.

Haberer insiste sur les adhérences du cæcum et de l'appendice avec l'S iliaque.

C'est une notion classique aujourd'hui que des collections purulentes d'origine appendiculaire se forment et se collectent dans le cul-de-sac de Douglas et y sont

parfaitement limitées. Elles sont susceptibles de s'ouvrir dans le cul-de-sac postérieur du vagin ou dans le rectum ou directement au périné comme le fait a été observé chez l'homme, après décollement du rectum.

Dans certains cas où l'on constatera la coexistence de lésions chroniques de métro-annexite et d'appendicite avec adhérence entre la trompe et l'appendice et les anses de l'intestin, il sera difficile de savoir où a commencé l'inflammation.

Notons que dans cette position descendante et pelvienne l'appendice peut contracter des adhérences avec les vaisseaux iliaques et l'uretère; adhérences qui ne seront pas sans créer des difficultés considérables dans le cas d'une intervention chirurgicale, comme le fait remarquer Jalaguier.

Libre et en position ascendante l'appendice pourra occuper une place variable par rapport au cæcum sur lequel il se replie, soit qu'il se trouve ascendant et postérieur ou antérieur, interne ou externe.

Dans ces cas différents il pourra se trouver en rapport encore avec le muscle psoas, mais surtout et toujours avec les anses grêles de l'intestin. Et c'est dans ce cas et surtout si l'appendice se dirige en haut et en dedans du côté de l'ombilic qu'on pourra trouver le véritable type d'agglomération péricæcale de l'intestin : Anses intestinales fixées autour d'un point central cæcal et délimitant une cavité dans laquelle se cache un appendice malade.

On trouvera agglomérées autour du cæcum, non seulement des anses de l'iléon, mais d'autres prove-

nant du jéjunum. Walther a rapporté une observation d'ectasie gastrique d'origine appendiculaire et par adhérences épiploïques :

Observation I

Adhérences épiploïques et tiraillements sur l'estomac.
Walther, Congrès de chirurgie, 1898 (Résumée).

L. A..., 37 ans, entré le 21 mars 1898 à l'hospice de Bicêtre salle Nélaton.

Coup de pied de cheval dans le flanc droit à 28 ans.

Début de la maladie actuelle en 1898 par des douleurs de rein et des douleurs dans le côté droit du ventre, depuis la région sous-hépatique à la fosse iliaque. Douleurs apparaissant après le repas et durant quelques heures. Pas de vomissements, mais diarrhée constante.

M. Letulle qui examine le malade pense d'abord à la lithiase biliaire puis à l'appendicite.

Diminution progressive de l'appétit.

L'exploration révèle une douleur à la palpation, douleur diffuse mal accusée, occupant presque toute la moitié du ventre sans qu'il soit possible de la localiser au foie, au rein ou à la région cæcale.

Constipation. Léger ballonnement du ventre.

Au bout de quelques jours, à la palpation douleur provoquée au-dessus du point de Mac-Burney. La palpation profonde permet de sentir une masse verticale arrondie en forme de boudin.

Opération le 2 avril 1898. — Incision de Roux. Après hémo-

stase soignée, ouverture du péritoine. Le cæcum apparaît voilé de l'épiploon qui lui adhère par son bord sur une longueur de 6 centimètres. Ces adhérences épaisses et vasculaires tiraillent l'estomac et le rendent visible dans le champ opératoire.

Résection de l'épiploon. — En arrière l'appendice en position verticale ascendante est réséquée.

Drainage.

Guérison. — Le malade revu a recouvré son appétit et engraissé.

Examen histologique par Weinberg. — Appendice chroniquement enflammé.

Les franges épiploïques feront presque toujours partie de l'agglomération.

C'est Walther qui le premier a attiré l'attention sur ces adhérences épiploïques au Congrès de chirurgie de 1898, où il en a rapporté plusieurs observations. Il signale l'adhérence au cæcum et au côlon ascendant d'une grande partie de l'épiploon.

Le cas le plus simple comme disposition anatomique sera peut-être celui où l'on trouvera réunis et soudés ensemble l'appendice relevé et appliqué sur la face antéro-interne ou postérieure du cæcum, avec la portion initiale du côlon ascendant et la portion terminale de l'iléon soudée au côlon et avec lequel il est devenu parallèle, comme c'est le cas dans les observations suivantes :

Observation II

Fixation de l'angle iléo-cæcal en canon de fusil par une appendicite chronique. Entéroanastomose latéro-latérale. Dr Ch. Martin d'Angers, *in* Th. Lamy.

Un enfant de 7 ans souffre du ventre et spécialement de la fosse iliaque droite depuis un an. Le confrère qui le traite a fait le diagnostic fin 1905 d'appendicite.

Depuis la santé ne s'est jamais rétablie; l'enfant est maigre, languissant, pâle, sans appétit; son facies fait craindre une diathèse cachée: tuberculose ou cancer. L'attention est spécialement attirée par des troubles intestinaux qui sont de trois ordres:

1° Des phénomènes douloureux, toujours plus marqués et souvent localisés à droite.

2° Des crises de constipation avec ballonnement et dureté du ventre, même des nausées.

3° La présence d'une tuméfaction peu nette, d'une induration plutôt de la fosse iliaque droite.

Les autres appareils ne donnent aucun renseignement : Est-ce: 1° de la péritonite tuberculeuse avec adénopathie de la fosse iliaque droite ou avec lésions bacillaires plus développées sur le cæcum; c'est le plus probable, bien qu'aucune adénopathie superficielle, aucun accès fébrile, aucune diarrhée, aucun signe stéthoscopique pleural ou pulmonaire ne vienne confirmer cette hypothèse ; 2° de l'occlusion chronique due à des lésions consécutives à l'appendicite diagnostiquée en 1905, on peut l'espérer sans l'affirmer d'une façon certaine. Une laparotomie exploratrice est proposée et acceptée.

Opération le 5 avril 1907. — Ayant profité d'une période de rémission, l'intestin bien vidé par un laxatif et des lavements on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Un placard d'adhérences et le grand épiploon par son bord inférieur cachent l'angle iléo-cœcal. L'épiploon est récliné, lié et réséqué, puis les adhérences sont détruites suffisamment pour pouvoir explorer cette région.

L'iléon est terminé parallèlement au cæcum. Les deux portions de l'intestin sont accolées comme les deux canons d'un fusil double et l'on s'expose à les déchirer en voulant les séparer; c'est une véritable symphyse. La paroi inférieure du grêle est particulièrement aplatie le long du cæcum.

Dans la rainure iléo-cæcale est logé l'appendice, petit, ratatiné, sclérosé; on le sculpte plutôt qu'on le détache, ayant peine à arriver près de son insertion réelle ou supposée au cæcum.

Une ligature enfouie sous un point en bourre le libère.

Les symptômes observés sont donc bien dus à l'obstacle qu'apportent au passage des matières l'accolement, la fixation en mauvaise position du bout du grêle et du gros intestin.

On fait une entéro-anastomose latéro-latérale du grêle avec le côté interne du côlon ascendant, au-dessus de la portion accolée du cæcum et de l'iléon.

Guérison.

Observation III

Obstruction intestinale à allure chronique due à une appendicite méconnue. Dr Ch. Martin, *in* Th. Lamy.

Le nommé B .., âgé de 11 ans, m'est adressé par un confrère qui ne l'a observé que depuis huit jours. Il est resté près

de trois mois sans être soigné, malgré un état assez inquiétant.

Voici ce que racontent les parents : Au début de juillet 1907 l'enfant jusque là bien portant a dû s'aliter pendant quelques jours souffrant de coliques accompagnées de vomissements. En essayant de préciser les manfestations de ces premiers jours, on peut établir qu'il s'agissait d'une poussée d'appendicite aiguë apaisée spontanément en quelques jours.

En effet les coliques bien que généralisées à tout le ventre ont débuté à droite et y ont persisté. Actuellement ce côté est encore le plus douloureux. Il y a eu de la fièvre, quelques vomissements, arrêt des matières pendant trois ou quatre jours un ventre tendu et gros.

Avec la passivité habituelle des paysans: espérant que ça allait passer, les parents laissèrent évoluer la crise, sans la troubler, heureusement. Au bout de la semaine, l'enfant était levé, amaigri, endolori, le ventre dur, sensible, sans appétit, très constipé. Depuis ce moment l'amaigrissement a beaucoup progressé, l'enfant est pâle, les traits tirés, il souffre continuellement du ventre et a presque continuellement des crises douloureuses.

On a remarqué que ces coliques plus intenses à droite s'accompagnent de la production de grosseurs mobiles et visibles à travers la paroi abdominable amincie. Parfois elles sont suivies d'une garde-robe ou de l'émission de gaz. Ces évacuations soulagent beaucoup le petit malade, mais elles sont rares et la constipation opiniâtre dure jusqu'à une semaine. On a remarqué que les lavements donnaient peu de résultat et provoquent des épreintes.

A plusieurs reprises des glaires sanguinolentes ont été évacué L'enfant ne mange presque plus, il a souvent des nausées, il s'affaiblit de plus en plus.

A l'examen, mon confrère trouve dans la région ombilicale une tumeur arrondie, molle, élastique, du volume du poing, sourde à la percussion. Cette tumeur grossit et durcit au moment des paroxysmes douloureux. Dans le reste de son étendue le ventre est dur, mais peu ballonné. Après une semaine d'observation, l'essai de laxatif, le malade m'est envoyé.

Je constate la tumeur ombilicale avec ses caractères, l'état presque cachectique de l'enfant. Dès la première nuit de son séjour à la clinique les crises douloureuses existent ; la température de 37°5, le pouls à 110, les urines rares, la constipation rebelle complètent le tableau.

Les trois diagnostics suivants sont proposés. Péritonite tuberculeuse — invagination chronique — ou lésion péritonéo-intestinales consécutives à une appendicite et entravant les fonctions de l'intestin. Ce dernier diagnostic apparaît comme le plus probable sans être cependant affirmé. Il est indiqué de faire une laparotomie exploratrice.

Opération le 17 *septembre* 1907. — Le matin de l'opération disparition absolue de la tumeur ombilicale. Par contre la fosse iliaque droite, sensible dans les examens précédents, est occupée par un plan résistant, mal limité, douloureux, roulant sous le doigt et pouvant être mobilisé vers le foie. Cette disparition de la tumeur ombilicale et cette constatation d'une large induration iliaque éclaire notre diagnostic, plutôt qu'il ne le gêne et nous pensons pouvoir trouver un cæcum modifié dans sa consistance et sa position par des reliquats d'appendicite et pouvant osciller de l'ombilic à la fosse iliaque.

Incision médiane sus-ombilicale et para-ombilicale ; cette région est d'abord explorée du doigt et de l'œil sans rien trouver d'anormal. Dans la fosse iliaque droite, le doigt rencontre

un gros cæcum, induré, faisant tumeur qui, mobilisée, vient faire hernie entre les lèvres de la plaie.

L'aspect du cæcum est très spécial : volumineux, distendu, parois épaissies paraissant avoir, prises entre les deux doigts, deux bons centimètres d'épaisseur. L'intestin grêle vient s'ouvrir dans le cæcum suivant un angle aigu à sommet inférieur presque parallèlement au gros intestin. Cet angle est fixé et immobilisé et entre le cæcum et l'iléon s'enfonce l'appendice qui est adhérent.

Cet appendice est gros comme un crayon. Il est disséqué ainsi que les lésions péricæcales.

Il y a donc appendicite chronique avec adhérences, fausses membranes et péritonite iléocæcale adhésive d'origine appendiculaire.

Résection de l'appendice. Enfouissement du moignon. Ablation des adhérences.

Suites opératoires simples. Disparition des coliques. Guérison. L'appendicite dans ce cas n'avait pas semblé d'intensité très grande et avait évolué assez sournoisement pour ne pas motiver un examen médical à ce point de vue.

Comme c'est le cas dans les deux observations précédentes le plus souvent les anses intestinales agglomérées sont coudées à angle aigu par suite de la rétraction des adhérences qui se sclérosent.

Mais appendice et cæcum peuvent se trouver déplacés et se mettre en rapport avec tous les organes de la cavité abdominale, côlon transverse et côlon descendant par exemple comme dans l'observation suivante :

Observation IV

V olvulus iléocæcal avec étranglement interne provoqué par une appendicite : Barth (*Semaine Médicale*, 13 août 1902).

Un homme de 42 ans entré le 6 mars pour des douleurs dans le ventre, n'a jamais souffert sauf une crise de douleurs abdominales il y a trois ans et qui n'ont duré que quelques heures sans laisser de traces. C'est un alcoolique.

Les douleurs qui ont nécessité son entrée actuelle à l'hôpital ont été assez violentes pour provoquer une syncope dans la rue. Ces douleurs sont calmées par la morphine à l'arrivée à l'hôpital. Température : 37°,3 ; Pouls : 80. Pas de ballonnement du ventre, ni de défense musculaire. Diète. Repos.

Le lendemin 7 au soir, symptômes graves brusques : Douleur abdominale violente ; Température : 38°,5. Délire, vomissements.

Le 8 au matin, nous sommes effrayés du changement survenu depuis la veille : orbites excavés et cerclés de bistre, le visage cyanosé ainsi que les extrémités, le pouls est presque filiforme ; la température pourtant ne dépasse pas 37°,8. La langue est très sale et un peu sèche, les vomissements ont cessé, mais il y a quelques hoquets. Le ventre est ballonné, très dur, sonsible à la pression dans toute son étendue ; la constipation persiste complète. Le patient, interrogé, déclare n'avoir rendu aucun gaz par l'anus depuis son entrée à l'hôpital. Il avait dissimulé ce fait la veille dans la crainte, dit-il, qu'on ne voulût l'opérer.

Une laparotomie d'urgence paraissait la seule chance de salut. Le malade est immédiatement transporté en chirurgie, mais il

s'affaiblit si rapidement que M. Routier se refuse à intervenir. La mort survient en effet au bout d'une heure à peine.

A l'autopsie : L'abdomen renferme une petite quantité de sérosité rosée, légèrement louche ; la masse intestinale fortement distendue est rouge et injectée, recouverte par places de pseudo-membranes fibrineuses peu abondantes. Il y a donc de la péritonite mais ce n'est pas là la lésion principale, comme on s'en aperçoit vite en examinant l'intestin. Celui-ci présente un déplacement extraordinaire et qu'on a peine à s'expliquer d'abord ; le cæcum d'un volume énorme et renversé sur lui-même occupe la partie supérieure gauche du ventre et l'appendice fortement tuméfié est en contact immédiat avec le lobe gauche du foie ; le côlon ascendant dont la direction est devenue descendante suit le trajet qui appartient normalement au colon descendant. Le côlon transverse replié et fortement tordu sur son axe est caché dans la fosse iliaque gauche ainsi que le côlon descendant rétracté.

Toute la partie droite de la cavité abdominale est occupée par les anses distendues de l'intestin grêle.

En soulevant le cæcum et le côlon qui lui fait suite, on reconnait la cause de cette dislocation. C'est une bride épiploïque qui part de la portion moyenne du côlon transverse et dont l'extrémité s'insère par des adhérences solides, fibreuses et manifestement anciennes à la paroi de la fosse iliaque droite dans la région obturatrice. Cette bride fortement tendue constitue une sorte de pont sur lequel, à la suite de la torsion du côlon sur lui-même, a passé une grande partie de l'intestin grêle.

En somme il s'agit d'un véritable volvulus du gros intestin compliqué d'étranglement interne par bride épiploïque et de péritonite aiguë généralisée.

Mais ce n'est pas tout, en examinant l'appendice qui est en rapport, comme nous l'avons dit, avec le lobe gauche du foie nous le trouvons très tuméfié, rouge et fortement épaissi.

L'intestin étant ouvert, la muqueuse du cæcum, au niveau de l'orifice appendiculaire, offre une érosion étendue manifestement récente. D'autre part la cavité appendiculaire perméable dans les trois quarts environ de sa longueur est rempli de mucopus ; le cul-de-sac, sur une longueur de 2 centimètres à peu près est oblitéré et transformé en un cordon jaunâtre. Nous constatons donc l'existence d'une appendicite récente, de virulence médiocre, mais en pleine activité et des traces d'une appendicite ancienne...

Une crise de douleur abdominale que le malade a signalée il y a trois ans a été une crise d'appendicite qui a déterminé des adhérences dont l'une a fixé le bord libre du grand épiploon à la fosse iliaque en créant une bride dangereuse.

Le 6 mars une nouvelle crise d'appendicite amenant des contractions spasmodiques du tube intestinal a provoqué la torsion du côlon sur lui-même et son étranglement, d'où occlusion intestinale mortelle.

De cette observation on peut conclure que : la situation de l'appendice, à peu près fixe, peut varier à l'infini quand il y a appendicite, en raison des contractions désordonnées qui animent les diverses parties du tube intestinal ; et qu'une attaque d'appendicite même bénigne expose toujours à de graves dangers.

Nous voyons mis en relief dans cette observation le rôle et l'importance des brides épiploïques consécutives à l'appendicite.

L'épiploon participe presque toujours à l'agglomé-

tion péricæcale. D'ailleurs son inflammation est fréquente au cours de l'appendicite chronique ; à tel point que l'épiploïte peut en être le premier signe, comme l'a montré Walther au Congrès de chirurgie de 1898. Cet auteur a insisté plusieurs fois sur ces adhérences de l'épiploon ; elles se font au niveau du cæcum et du côlon ascendant, comme dans l'observation suivante.

Observation V

Appendicite chronique avec épiploïte. Walther, Congrès de chirurgie, 1898 (Résumée).

Antécédents. Troubles gastro-intestinaux depuis l'enfance. Digestion laborieuse. Constipation.

En 1894 examen du Dr Galland-Gleize, pour douleurs abdominales et diagnostic de périty phlite chronique.

En 1895, on trouve dans la région cæcale un empâtement profond, non mobilisable, douloureux à la palpation. Traitement de colite muco-membraneuse.

En 1898 douleur diffuse dans la moitié droite de l'abdomen avec maximum à la pression nettement sur le cæcum. La pression en ce point, outre la douleur locale, provoque une sensation de tiraillement à la région ombilicale. On peut reconnaître au niveau du cæcum une masse profonde, immobile, qui correspondrait exactement au point le plus douloureux.

La malade se plaint d'une douleur constante dans la fosse iliaque droite et qui lui est très pénible.

Le repos et un régime sévère n'amènent aucune amélioration et sur les instances de la malade je me décide à intervenir.

Opération le 5 mai. — Incision longue ; à l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon masque tout.

L'épiploon adhère tout entier au cæcum puis au côlon ascendant jusqu'à l'angle du côlon transverse. Adhérences fibreuses et anciennes.

Résection de l'épiploon après une suite de ligatures en chaîne.

L'appendice est sous le cæcum en position verticale ascendante.

Drain. — Guérison : la malade n'a plus de douleurs.

Examen histologique par Weinberg : il s'agit d'appendicite avec folliculite chronique hypertrophique.

L'appendice en position rétrocæcale et ascendante peut aller se mettre en rapport avec le tissu cellulaire périnéphrétique et le rein, ou même remonter jusqu'au foie, s'il est long et déroulé entièrement, comme le fait a été observé.

Comme le rapporte Haberer, l'appendice peut aller jusqu'au niveau de la courbure splénique du côlon.

Enfin les adhérences peuvent s'étendre beaucoup plus et ne pas se localiser seulement à l'angle iléocolique ou dans son voisinage, mais envahir tout le contenu de l'abdomen.

Il en résulte non plus l'agglomération péricæcale, mais la réunion en une seule masse de toutes les anses de l'intestin. C'est ce que Karewski a décrit à la Société de médecine de Berlin, en juin 1902 sous le nom de péritonite adhésive diffuse.

Des adhérences se forment dans la cavité abdominale et se généralisent à tout l'abdomen, soudant les viscè-

res les uns aux autres, entraînant la coudure des organes creux et déterminant la formation de pseudo-tumeurs avec infiltration de l'épiploon et du mésentère.

Cette péritonite adhésive généralisée a pour origine une crise aiguë mais qui s'est manifestée par des symptômes plus ou moins marqués et aura même pu passer inaperçue. Tantôt il s'agit d'une infection péritonéale d'emblée aboutissant non à la suppuration, mais à la formation d'exsudat séro-fibrineux. Tantôt au contraire on a affaire à un foyer primitivement localisé avec péritonite fibrinoplastique ultérieure progressivement envahissante.

Cette péritonite adhésive généralisée peut d'ailleurs continuer à évoluer après l'appendicectomie, comme on le voit dans les deux observations suivantes :

Observation VI

Agglomération généralisée de tout l'intestin et obstruction d'origine appendiculaire. Marion. *Gazette des hôpitaux*, 24 novembre 1900.

Garçon de 22 ans, a une crise d'appendicite le 1er mai et entre à l'hôpital le 5 mai 1900. Intervention et l'incision de la fosse iliaque droite confirme le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

Résection de l'appendice perforé. — Drainage.

Jusqu'au 13 état satisfaisant ; mais le 13 au matin il réclame un lavement n'ayant depuis la veille rendu aucun gaz et n'ayant pas été à la selle depuis l'opération.

Purgations successives sans résultat. Le 17 devant la persis-

tance des phénomènes d'occlusion, je me décidai à voir par l'incision de la première opération quelle pouvait en être la cause. Je trouvai les anses accolées les unes aux autres, coudées, comprimées, sans espoir de libération possible. En désespoir, j'incisai le cæcum qui se vida, sans évacuer le reste de l'intestin ; une deuxième incision sur l'intestin grêle donna le même résultat. Le malade succomba dans la soirée et à l'autopsie je pus juger que les lésions étaient au-dessus des ressources de la chirurgie.

Toutes les anses ne formaient qu'une masse adhérant également aux parois abdominales en plusieurs endroits.

Observation VII

Agglomération généralisée de tout l'intestin et occlusion d'origine appendiculaire : Marion, *Gazette des hôpitaux*, 24 nov. 1900.

Malade de 24 ans opérée le 30 mars d'appendicite ; les premiers jours à la suite de l'opération avaient été sans incident.

Puis de légères élévations de température nous donnaient à penser qu'un abcès secondaire était en formation sans que les examens les plus répétés et les plus minutieux aient pu en faire connaître le siège.

Le 10 avril douleurs violentes dans l'abdomen et vomissements. Le 11 avril l'ouverture du cul-de-sac postérieur donne issue à une grande quantité de pus et provoque une amélioration notable. La malade rend des gaz et des matières.

Le 17 la malade n'ayant pas eu de selle depuis le 14 lavement puis purge sans effet. Le 21, lavement électrique. Trois lavements électriques sont donnés sans résultat. Devant cette obs-

truction rebelle, je pratique une laparotomie et tombe sur un paquet d'anses intestinales agglutinées entre elles, friables, impossibles à séparer. Au hasard je pratique un anus contre nature.

A l'autopsie on constate que toute la masse intestinale est agglutinée et que des adhérences absolument généralisées relient toutes les anses entre elles.

Walther avait déjà fait remarquer que des poussées d'épiploïte peuvent se produire dans les adhérences péricæcales, même après l'ablation de l'appendice.

Tavel au Congrès de chirurgie de 1903 a décrit cette complication post-appendiculaire sous le nom de péricolite cicatricielle. Cette péricolite cicatricielle post-appendiculaire est caractérisée par la formation de brides uniques ou multiples avec tendance à la rétraction, déformant, coudant, enserrant le côlon et les anses intestinales et empêchant leur libre fonctionnement.

Comme le fait remarquer Lamy dans sa thèse récente, ces adhérences péritonéales d'origine appendiculaire se localisent de préférence dans la fosse iliaque droite, à cause peut-être de la terminaison moins souvent fatale des appendicites avec réaction péritonéale bien localisée. Notons ici la possibilité de rencontrer, au cours ou à la suite d'une appendicite l'agglutination d'auses intestinales grêles, non plus immédiatement autour du cæcum, mais à une certaine distance et toujours sous la dépendance directe de l'appendicite. On pourrait les désigner sous le nom d'agglomération paracæcale d'origine appendiculaire. C'est ce que nous trouvons dans le cas suivant :

Observation VIII (Résumée)

Occlusion par agglutination paraccæale de l'intestin grêle post-appendiculaire. Marion. — *Gazette des hôpitaux*, 24 novembre 1900.

Le 19 septembre, entre à Broussais un jeune homme, de 18 ans pour constipation absolue datant de douze jours, et vomissant depuis quatre jours. Le 20 au matin, facies péritonéal, yeux excavés, nez pincé, langue sèche. Ventre ballonné, douloureux dans toute son étendue. Submatité à la partie inférieure. Cicatrice d'appendicite dans la fosse iliaque droite, datant du mois de juillet.

J'hésitais entre une occlusion intestinale et une péritonite généralisée, due dans l'un et l'autre cas à l'appendicite antérieure.

Laparotomie médiane. — Aucune trace de liquide. Anses intestinales distendues. Mais juste avant d'arriver au cæcum l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre la partie distendue et l'insertion cæcale existait une masse formée par un amas d'anses repliées et agglutinées et collées contre la fosse iliaque droite.

Je dégageais ces anses entre lesquelles existait un peu de pus. Le cæcum présentait un épaississement, trace de la résection de l'appendice. Drainage. Fermeture. Guérison complète au 10 octobre.

Au centre de cette masse agglomérée se trouve, disions-nous, une ou plusieurs petites loges purulentes.

Unique, il s'agit d'un abcès péri-appendiculaire et on y pourra découvrir quelque calcul stercoral.

Multiples ce sont de petites loges qui se trouvent dans les interstices des anses agglutinées et séparées les unes des autres par des tractus fibreux.

Rencontre-t-on quelque ganglion dans l'angle iléo-cæcal ? Quelquefois. Ce serait cette adénopathie iléo-cæcale qui expliquerait la fixité de la douleur au point de Mac-Burney et qui contraste avec les variations de position de l'appendice. C'est une opinion qui a été défendue par Jalaguier et Quénu.

On a signalé des cas d'adénite prætæcale ou iléocæcale, indépendante, dit-on, de lésions appendiculaires ou pouvant coïncider avec des lésions appendiculaires quoique de nature différente. Ces adénites étaient rangées par Quénu dans le groupe des para-appendicites. Pour la plupart des auteurs aujourd'hui, ces adénites ont toujours pour point de départ des lésions appendiculaires en apparence insignifiantes.

LÉSIONS DE L'APPENDICE

Nous pensons avec Tuffier et Marcland que cette périappendicite productrice d'adhérences persistantes est généralement secondaire à une inflammation de la muqueuse.

Cette inflammation peut être grave, gangreneuse ou bénigne et légère. Elle peut se circonscrire et disparaître ne laissant que peu ou pas de trace de son passage sur cette muqueuse et laissant au contraire sur le péritoine qui enveloppe l'organe des stigmates indélébiles.

Les péri-appendicites relèvent de la lymphangite sous séreuse dont le point de départ est la lésion muqueuse.

Et d'ailleurs pour Brun et Letulle, les lésions chroniques précèdent celles de l'inflammation aiguë qui n'est pour ainsi dire jamais primitive, mais toujours secondaire à une appendicite plus ou moins latente. Et Letulle fait remarquer combien il est fréquent de constater à l'autopsie des lésions appendiculaires, même chez des personnes dont l'interrogatoire avait été absolument négatif sur l'existence clinique d'une appendicite.

Lejars a publié en 1906 huit observations de périty-phlite où le cæcum, le côlon, les anses intestinales voisines étaient fixés par des adhérences entre eux et à la paroi abdominale et où l'appendice fut trouvé histologiquement sain. Le diagnostic n'en a jamais été fait avant l'opération et l'examen histologique et ces cas sont une exception. Ordinairement on trouvera des lésions appendiculaires.

On a signalé des appendices qui sont comme enfouis par des adhérences dans l'épaisseur de la paroi même du cæcum.

Parmi les appendices emprisonnés au milieu des adhérences qui constituent l'agglomération péri-cæcale, on peut en distinguer de trois sortes :

1° Des appendices adhérents et ne présentant aucune lésion macroscopique, mais qui histologiquement paraissent chroniquement enflammé avec hypertrophie des follicules lymphatiques. Pour Brun l'hypertrophie folliculaire est constante ; elle est la lésion initiale et passe souvent inaperçue en clinique.

2° Des appendices adhérents avec cavité libre, mais atteints macroscopiquement d'inflammation chronique : Vascularisation superficielle, augmentation de volume, hypertrophie de la paroi sur toute la longueur ou en un seul point ; avec dilatations et rétrécissements de la cavité appendiculaire. La muqueuse est épaissie et ulcérée. Des calculs stercoraux se trouvent dans le canal, au milieu parfois d'un liquide séreux ou muqueux ; il peut y avoir transformation kystique de l'appendice.

3° Des appendices adhérents et oblitérés complètement ou incomplètement, mais diminués de longueur et de volume. Il s'agit d'une forme atrophique avec tendance à la sclérose. C'est d'ailleurs une forme assez fréquente et Siredey et Le Roy croient qu'il se fait un travail de sclérose dans toute appendicite ancienne. C'est le cas dans l'observation suivante :

Observation IX

Bouglé. *Gazette des hôpitaux*, 24 juillet 1900. Résumée.

Appelé à Beaujon le 26 décembre 1899, auprès d'une jeune fille atteinte d'occlusion intestinale. J'interviens.

Laparotomie. — Incision sous-ombilicale. L'intestin grêle apparaît d'emblée, distendu, violacé, recouvert de fausses membranes. Il existe des brides de péritonite chronique qui deviennent plus nombreuses à mesure qu'on se rapproche du cæcum. En cette région je dois pour libérer l'intestin grêle, faire une véritable dissection aux ciseaux et j'arrive finalement sur l'appendice enfoui au milieu d'adhérences. Résection rapide de cet appendice. Drainage.

L'appendice présente les lésions suivantes : Il est extrêmement court et en même temps réduit dans son diamètre. Longueur 4 à 5 centimètres et son diamètre ne dépasse pas celui d'une plume de corbeau. Sa surface est pâle, grisâtre. Sa consistance absolument dure. Sur une coupe on constate que la lumière est ponctiforme et par endroits même la cavité semble être oblitérée. Le méso-appendice est petit, rétracté, surchargé de graisse. Il existe en somme des lésions très accentuées d'appendicite scléreuse chronique d'emblée.

L'interrogatoire de la malade après l'opération nous apprend que cette appendicite avait évolué d'une façon latente. La malade a déclaré n'avoir jamais souffert du ventre.

On pourra trouver un appendice relié au cæcum par un simple tractus fibreux ou bien en quelque sorte entièrement amputé et libre dans la loge que lui ont constituée les adhérences.

L'appendice pourra enfin avoir complètement disparu ou n'avoir laissé comme trace qu'un petit moignon scléreux, comme dans l'observation de Tuffier.

Observation X

Tuffier. Société de chirurgie, 9 décembre 1896.

Un enfant de 7 ans fut pris en septembre 1893 d'une poussée évidente d'appendicite. Il eut ainsi plusieurs poussées successives jusqu'en mai 1896. Des phénomènes d'obstruction intestinale nécessitèrent l'intervention chirurgicale.

M. Tuffier l'opéra et ne trouva que des brides cicatricielles

et des adhérences péricæcales. Il n'y avait plus trace d'appendice. Le malade souffrait donc d'obstruction chronique et non plus d'appendicite.

Assurément on aura bien peu souvent l'occasion de rencontrer au milieu d'adhérences péri-appendiculaires et s'ajoutant aux lésions d'appendicite une tumeur surajoutée et n'ayant probablement aucune action sur l'évolution des lésions appendiculaires et la formation des adhérences comme dans le cas suivant rapporté par Hencke.

Observation XI

Hencke. Société de médecine de Berlin, 23 novembre 1904.

Un homme de 60 ans est opéré pour des symptômes d'occlusion intestinale. Le ventre ouvert, on trouve la fosse iliaque droite occupée par des adhérences au milieu desquelles était enfoui un appendice multifistuleux à tel point qu'on crut d'abord être en présence de lésions actinomycosiques. Sur le tiers inférieur de l'appendice s'implantait une tumeur pédiculée du volume d'une noisette, tumeur que l'examen histologique montra être simplement une végétation de nature fibro-épithéliale. Un papillome banal. C'est la première fois que M. Hencke voit une production de ce genre au niveau d'un appendice chroniquement enflammé.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est à prévoir, d'après ce que nous avons dit au début de ce travail, que la symptomatologie de l'agglomération péricæcale d'origine appendiculaire se confondra le plus souvent avec celle de l'appendicite chronique elle-même.

Les signes fonctionnels sont d'ailleurs identiques dans les deux cas. Il s'agit de l'appendicite chronique qui s'établit insidieusement, sans éclat, sans poussée aiguë et qui est ordinairement la phase de début, de durée variable de l'appendicite aiguë, comme l'ont montré Brun et Valther. Elle peut évoluer sans aucun symptôme et Letulle a fait remarquer depuis longtemps combien est fréquent à l'autopsie la constatation de lésions appendiculaires et périappendiculaires, chez des personnes dont l'interrogatoire avait été absolument négatif sur l'existence clinique d'une appendicite.

L'examen physique du malade permettra de reconnaître quelques symptômes particuliers à l'objet de notre étude.

Les signes fonctionnels de l'appendicite chronique

avec agglutination pericæcale, ou sans adhérences, sont la douleur, des troubles digestifs, des phénomènes généraux réflexes ou toxiques.

La douleur spontanée ou provoquée est le seul symptôme qui soit propre aux lésions appendiculaires, les autres signes étant dus à la réaction péritonéale. La douleur appendiculaire siège habituellement dans la fosse iliaque droite.

Guinard dans une communication à la Société de chirurgie en 1904 avait donné le nom d'appendicalgie à cette douleur spontanée et qui serait pour lui souvent le seul signe d'une appendicite méconnue. « On observe, dit Aug. Broca, des malades qui depuis de longues années sont sujets à des douleurs abdominales mal expliquées et mal localisées. »

La douleur appendiculaire peut se localiser tout autour de l'ombilic ; ce peut être une douleur en barre transversale, surtout chez l'enfant. Elle peut s'irradier vers l'ombilic, vers le creux épigastrique. Des irradiations douloureuses peuvent se produire dans le testicule et jusque dans le membre inférieur droit et même dans le membre supérieur, à tel point que la douleur appendiculaire peut simuler une colique néphrétique ou hépatique.

La douleur appendiculaire peut être lombaire et dans ce cas elle pourra être considérée comme l'indice d'un appendice en position rétrocæcale.

Cette douleur est très variable d'intensité de caractère comme de siège. C'est ordinairement une douleur sourde et continue exaspérant le malade. Mais à cer-

tains moments elle peut devenir aiguë et violente jusqu'à provoquer une syncope. Cette douleur est d'ailleurs exaspérée par un écart de régime, par un effort, une fatigue. Les malades sont incapables d'un exercice ou d'un mouvement violent. Pouvant être calmée par le repos ou demeurer inaperçue un certain temps si le malade se soumet à un régime, cette douleur se produit quelquefois par crises brusques quelques heures après le repas.

On a pu attribuer la douleur appendiculaire dans certains cas à un simple vice de position ou à l'existence d'un méso-appendice trop court. Ce serait dans des cas semblables qu'on aurait pu constater les heureux résultats de l'appendicectomie sur l'entéroptose.

Dans une observation rapportée par Haberer, la douleur localisée à l'estomac fit porter le diagnostic de cancer de l'estomac au début.

Cette douleur devient souvent plus intense chez la femme au moment des époques menstruelles pour redevenir sourde aussitôt les règles terminées.

Mais il faut se tenir sur ses gardes. Comme le faisait remarquer Picqué à la Société de chirurgie, l'appendicalgie imaginaire est la clef de bien des épidémies d'appendicite dites familiales. Et Pozzi ajoutait qu'il faut se méfier des appendicophobes. Les hystériques seront, bien entendu, l'objet d'une surveillance et d'un examen tout particulier à ce sujet.

Cette douleur appendiculaire n'est pas seulement provoquée par un effort, mais aussi par l'examen de l'abdomen : car tout appendice malade est sensible à

la pression. Cette pression doit se faire d'une façon lente et méthodique. On provoque ordinairement la douleur appendiculaire en exerçant une pression au point dit de Mac-Burney. C'est un point qui est situé au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit : Ce point correspond à peu près à l'insertion de l'appendice sur le cæcum.

Le maximum de cette douleur n'est pas toujours nettement localisée au point de Mac-Burney ; mais il peut se montrer au voisinage de l'ombilic, sur le côlon transverse. Cependant l'exploration méthodique de la fosse iliaque droite met dans tous les cas en évidence un point douloureux.

Pour Walther d'ailleurs, et pour la plupart des auteurs la douleur provoquée et nettement localisée au point de Mac-Burney est un signe pathognomonique de l'appendicite.

Enfin la palpation de tout l'abdomen peut provoquer une sensation douloureuse au niveau de l'appendice, comme l'a signalé Walther.

Un auteur, Rovsing, a décrit un procédé pour provoquer la douleur appendiculaire dans le cas de défense musculaire à droite. Une pression méthodique du côlon descendant, de bas en haut, en remontant vers l'angle colique gauche refoule les gaz et les comprime dans le cæcum en provoquant une douleur.

La douleur peut faire complètement défaut ainsi que Moty le faisait remarquer à la Société de chirurgie en janvier 1904 au début d'une discussion sur l'appendi-

calgie soulevée par Guinard. Il semble bien établi que beaucoup d'appendicites passent inaperçues même pour ceux qui en sont porteurs. Ces appendicites évoluent sans la moindre crise douloureuse, sans le moindre trouble digestif. L'appendice ne commence à devenir douloureux que lorsque l'inflammation de sa muqueuse se propage au péritoine ou au tissu cellulaire de son méso. Encore faut-il que cette inflammation ait une certaine intensité ; car on trouve bien souvent des adhérences épiploïques ou une rétraction prononcée du méso sans qu'aucune souffrance ait annoncé le travail inflammatoire dont ils sont les incontestables témoins. Pour Moty d'ailleurs les troubles digestifs sont les premiers symptômes de l'appendicite.

Ces troubles digestifs comme tous les autres symptômes fonctionnels que nous allons signaler sont dus à une réaction péritonéale et sont réflexes.

Il s'agira de troubles digestifs et de désordres dans les fonctions intestinales qui sont variables et se présentent parfois avec un certain caractère plus ou moins capricieux.

Les malades sont habituellement constipés. Haberer attache une grosse importance à la constipation opiniâtre. Ou bien ils peuvent avoir des alternatives de constipation et de diarrhée. Ils ont la langue saburrale en relation avec leur état de constipation habituelle. Ils ont la tête lourde et se plaignent de céphalée continuelle.

Les vomissements sont fréquents et faciles chez l'enfant surtout ; il faut se méfier des enfants qui ont le

vomissement trop facile ; il ne faut pas moins se méfier des indigestions trop fréquentes et trop faciles sans cause satisfaisante, chez les enfants.

Il existe assez souvent une sensation de pesanteur à l'épigastre, une barre sur l'estomac pendant la digestion, aussitôt après le repas, cette sensation de pesanteur occasionnant au malade une sensation très désagréable et qui est parfois le motif pour lequel ils viennent consulter un médecin.

Ces malades sont souvent des hyperchlorhydriques et des hypopeptiques. Leur appétit diminue et ils peuvent présenter de l'anorexie élective pour certains aliments : dégoût des viandes rouges, des aliments gras, des sauces. Cette intolérance élective, sur laquelle a beaucoup insisté Walther, amène les malades à ne supporter que les œufs, le lait, les légumes cuits, à tel point qu'ils peuvent en arriver à ne plus guère s'alimenter.

Sous le nom de dyspepsie appendiculaire Longuet a décrit en 1902 tous ces accidents digestifs, symptômes d'une inflammation chronique de l'appendice. Début insidieux par un état nauséeux, par de l'anorexie qui s'installent progressivement. Le malade peut avoir des crises frustes qui font croire à une simple indigestion.

Il est peut-être exagéré de déclarer, comme le fait Karewski, suspect d'appendicite tout individu adulte ou enfant qui est sujet à des troubles digestifs chroniques. Toutefois sa pratique est bonne à connaître. A son avis, l'appendicite doit être systématiquement recherchée chez tous les dyspeptiques, chez tous ceux qui

ont eu de temps en temps des vomissements, chez tous ceux qui ont comme symptomatologie des coliques. Tout cela pour la bonne raison que presque toujours ces constipés et ces diarrhéiques, ces dyspeptiques, ainsi que ceux qui vomissent ou se plaignent de coliques, ont un appendice qui laisse à désirer, un appendice granuleux à parois épaisses, atteint de folliculite.

Nous rapportons ici quelques observations d'Ewald où il s'agit de malades n'ayant jamais eu de crise aiguë, se plaignant seulement de troubles digestifs et porteurs d'appendices malades et adhérents.

Observation XII

Appendice adhérent et trouble digestif.
Ewald. *Arch. f. Kl. chir.* (Résumée).

Garde forestier de 51 ans. N'a jamais eu de crise aiguë mais souffre depuis de longues années de constipation fréquente avec douleur violente. Douleur dans le côté droit sous forme de tiraillement ou d'élancements.

A l'examen le malade accuse cette douleur dans le côté droit. A une pression profonde on sent l'appendice tuméfié et bridé par des adhérences en forme de bandes qui deviennent plus nettes lors de la distension du cæcum.

Opération le 30 septembre 1898. Le cæcum est fixé par des adhérences en éventail. L'appendice est solidement fixé au fascia iliaca et recourbé en deux parties soudées l'une à l'autre Résection de l'appendice.

Disparition des troubles digestifs.

Observation XIII (Résumée).

Ewald. *Loc. cit.*

Femme de 30 ans profondément anémiée par des souffrances datant de longtemps. Douleurs vagues dans tout l'abdomen avec exacerbation au moment de la digestion et de la défécation. Anorexie. Constipation opiniâtre.

A l'examen de la fosse iliaque droite par Ewald on est sur la voie du diagnostic confirmé par Sonnenburg, qui propose ainsi d'intervenir.

Intervention. On trouve un appendice à paroi épaisse entouré d'innombrables adhérences avec les organes voisins.

Depuis l'opération cette dame jouit d'une santé excellente.

Observation XIV

Ewald. *Klinik der Darmkrankeiten*, 1901.

M..., 30 ans, soignée depuis longtemps pour constipation tenace avec plusieurs crises aiguës douloureuses mais sans température et qui ont été attribuées à l'hystérie.

A l'examen Ewald trouve une légère sensibilité de la région de Mac-Burney et conseille l'opération.

L'appendice, allongé est fixé par des adhérences au côlon et à l'ovaire droit. L'appendice est manifestement enflammé. L'opération a eu lieu en 1900 et depuis guérison et disparition de tous les troubles.

Tous ces troubles digestifs, s'ajoutant à d'autres phénomènes d'ordre général amènent ces malades à un état général déplorable : Amaigrissement progressif

jusqu'à la cachexie, pouvant simuler la cachexie cancéreuse d'autant plus qu'on observe assez souvent un teint pâle, jaunâtre, terreux quand il n'y a pas nettement une teinte subictérique liée à un état congestif du foie et qui s'associe à cet état cachectique. L'état de cachexie appendiculaire peut aboutir à un amaigrissement considérable. Walther a observé une malade ayant perdu en peu de temps six kilogrammes. Ewald a eu un malade qui en deux ans avait perdu la moitié de son poids. Ces malades deviennent de véritables infirmes.

Ajoutons à cela les troubles nerveux qui sont très fréquents : on a affaire à des malades nerveux, irritables, fantasques, comme de véritables neurasthéniques. Ils n'ont plus aucun goût, aucune aptitude au travail. Ils passent des nuits sans sommeil, analysant constamment le moindre symptôme, l'esprit occupé par la douleur sourde qui siège dans leur abdomen, qui les inquiété et les irrite.

Comby, rapportant l'observation d'un jeune homme gastropathe et neurasthénique guéri par l'appendicectomie fait remarquer que l'appendicite chronique se présente sous les aspects cliniques les plus variables et simule les maladies les plus diverses.

Chez les sujets jeunes on a signalé des troubles de la croissance et un arrêt de développement.

On a signalé aussi des troubles cardio-vasculaires.

Plusieurs auteurs ont signalé des troubles vésicaux comme symptôme important des adhérences péritonéales d'origine appendiculaire. Karewski en fait un

signe fréquent de péritonite adhésive diffuse. Et comme ces accidents ne se produisent que bien en dehors d'une crise appendiculaire, il est souvent difficile de les rattacher à leur cause véritable. Ce pourra même être une cause d'erreur chez les vieux urinaires. Ces troubles vésicaux sont signalés par Wagon. Dans certains cas même ces troubles vésicaux ont pu être cause d'une erreur de diagnostic.

Observation XV

Appendice adhérent pris pour un néoplasme vésical. Hallé, *Annales des organes génitaux urinaires.*

A. D..., 56 ans, entrée le 8 novembre 1890, santé excellente jusqu'à la ménopause à l'âge de 49 ans.

Depuis cinq mois a ressenti des douleurs dans l'abdomen, des troubles de la santé générale, de la faiblesse surtout. Puis brusquement, sans cause, au milieu de la journée, elle a été prise d'une hématurie abondante avec des caillots, qui s'est arrêtée spontanément. Un mois après réapparition du sang dans les urines. L'hématurie est persistante depuis ce moment. La miction est fréquente et douloureuse. Il existe des douleurs rénales à droite surtout. Depuis une quinzaine de jours, le ventre se tuméfie, il existe de la pesanteur hypogastrique, la malade maigrit et perd des forces.

Au palper abdominal on constate dans l'hypogastre une tumeur qui remonte jusqu'à une certaine distance entre le pubis et l'ombilic, arrondie généralement, mais avec une bosselure du côté droit débordant vers la fosse iliaque.

Au toucher vaginal, on trouve une tumeur qui bombe à la paroi vaginale supérieure. Le col est petit, sain, effacé en arrière de la tumeur. Le palper bimanuel douloureux montre bien que cette volumineuse tumeur siège bien au milieu de la vessie. L'exploration vésicale montre que l'hématurie a bien les caractères de l'hématurie vésicale. On diagnostique un néoplasme vésical volumineux. Prise de fièvre, de douleurs abdominales, considérée comme inopérable, elle succombe le 9 février 1891.

Autopsie. — Cirrhose atrophique du foie et ascite. Le grand épiploon et l'appendice iléo-cæcal sont adhérents à la partie droite du cul-de-sac vésico-utérin, à l'angle droit de l'utérus. Les adhérences fibreuses semblent anciennes et forment une véritable tumeur dure. La vessie ne présente pas de tumeur, mais des lésions de cystite chronique. Utérus et vagin sont absolument sains. En avant de l'utérus entre sa face antérieure et la face postérieure de la vessie, on tombe dans une grande cavité anormale circonscrite par des adhérences péritonéales. L'appendice épaissi fait partie à droite de la paroi de cette cavité.

Le Filliatre a décrit à la Société anatomique en 1900 une forme d'appendicite à début vésical.

La température est habituellement nulle ; cependant on signale quelquefois une légère élévation thermique chaque soir et pendant longtemps. On peut observer des poussées de température survenant d'une façon périodique.

L'examen physique du malade pourra donner quelques renseignements plus précis et circonscrire le diagnostic ; ou du moins faire songer à autre chose qu'à une simple appendicite chronique latente.

A l'inspection du ventre on n'obtiendra peu de renseignements, à moins qu'on ait affaire à un sujet très maigre chez qui on pourra noter une certaine voussure dans la moitié droite de l'abdomen au niveau de la fosse iliaque.

Dans cette fosse iliaque droite on pourra trouver à la percussion une zone de submatité plus ou moins étendue, correspondant au cæcum, au côlon ascendant et s'étendant de chaque côté de ces organes. Mais la percussion donnera des résultats différents suivant la position de l'intestin. Si des anses d'intestin grêle viennent au-devant du cæcum et sous la paroi on pourra trouver au contraire de la sonorité.

A la palpation on pourra avoir des renseignements plus précis, bien que Haberer dise que les signes physiques sont nuls et que jamais l'examen objectif du malade n'a fourni le moindre renseignement ou fait constater l'existence d'une tumeur.

Il est bon de palper le ventre dans ce cas suivant le procédé décrit par Glénard dans la *Revue pratique et théorique des maladies de la nutrition* sous le nom de palpation par glissement : On déprime la paroi abdominale suivant une ligne verticale parallèle au côlon ascendant et en commençant en dehors ; puis on glisse peu à peu vers la ligne médiane. Il faut faire cet examen avec méthode et douceur.

On peut ainsi reconnaître l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins facile à délimiter et correspondant au cæcum. On trouve une masse de consistance difficile à définir mais qui n'est

pas dure. Sans être unie elle n'est pas bosselée. Ou bien on y sent des anses d'intestin dans lesquelles on peut sentir sous la main circuler du gaz.

Une tuméfaction allongée, suivant l'axe du côlon, serait le symptôme d'adhérences épiploïques très développées.

Enfin à la palpation on réveille cette douleur localisée dans la fosse iliaque droite, dont nous avons déjà parlé. La douleur provoquée par la pression sur l'appendice au point de Mac-Burney persiste localement pendant quelques instants et peut irradier à l'épigastre et à l'ombilic.

Walther insiste sur ce fait qu'une palpation attentive permet de déceler une résistance musculaire du côté droit par comparaison avec le côté gauche.

Chez la femme il est bon de faire le toucher vaginal qui permettra d'obtenir des renseignements précis sur l'état des annexes de l'utérus du côté droit.

Jalaguier a recommandé aussi avec raison de ne pas négliger le toucher rectal ; il sera surtout intéressant quand on se trouvera en présence d'appendices longs et bas situés et plongeant jusque dans le petit bassin.

Complications. — Comme complication de l'agglomération péricæcale d'origine appendiculaire, il peut se produire un réveil de l'infection latente et une crise aiguë d'appendicite ou une péritonite généralisée.

Ce peut être l'envahissement de toute la cavité abdominale par les adhérences pour aboutir à la formation de la péritonite adhésive diffuse décrite par Karewski ; et qui reconnaît que cette complication de l'appendicite

peut se produire d'emblée. Mais elle se traduira cliniquement par des symptômes d'obstruction dont nous allons parler.

Ce peut être après l'intervention, avec suppression de l'appendice et section des adhérences, formation de nouvelles adhérences, résultat de la péricolite cicatricielle dont Tavel a rapporté plusieurs observations au Congrès de chirurgie de 1903. On la reconnaîtra aux douleurs locales, aux douleurs irradiées particulièrement dans le dos, à la constipation ou à la diarrhée, à la fièvre périodique ; mais pour aboutir encore au bout d'un certain temps à l'obstruction intestinale.

L'occlusion intestinale est en effet la complication la plus importante, et avec le réveil d'une infection latente la seule qui nous doive intéresser.

Étudiant l'occlusion intestinale d'origine appendiculaire, Marion établit la classification suivante : L'occlusion se produit de différentes façons :

1° Occlusion paralytique d'origine péritonéale sans aucune lésion mécanique ;

2° Occlusion par adhérences généralisées après guérison de la péritonite originelle ;

3° Occlusion par position vicieuse de l'intestin occasionnée par des adhérences localisées ;

4° Occlusion par étranglement de l'intestin dans un anneau diversement constitué mais en rapport avec l'existence d'une appendicite ;

5° Occlusion réflexe dont le point de départ se trouve être dans un appendice plus ou moins altéré.

Les occlusions par adhérences généralisées cerres-

pondent à la péritonite adhésive diffuse de Karewski.

L'occlusion par adhérences localisées correspond à l'agglomération péricæcale. Dans ce cas l'occlusion est due à des coudures multiples des anses agglutinées qui entourent l'appendice ; ou bien il peut y avoir torsion dans un vieux foyer d'appendicite; ou bien encore étranglement d'une anse de l'intestin par une bride fibreuse, par une adhérence ou par l'appendice lui-même enroulé ou adhérent à l'intestin.

L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire et mécanique est aiguë ou chronique.

Un individu en pleine santé apparente est pris d'une vive douleur abdominale qu'il localise en un point de l'abdomen. Il se met au lit et fait des efforts pour aller à la selle, mais sans résultat. Puis surviennent des éructations, des nausées, des vomissements. Ce sont des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, puis fécaloïdes. Le ventre est ballonné. La constipation est absolue. L'état général est grave. Le nez s'effile ; les yeux s'excavent ; la langue est sèche ; les extrémités se refroidissent ; la respiration s'accélère ; le pouls est entre 110 et 160, filiforme et irrégulier ; les urines sont rares. Le ventre qui était d'abord rétracté est ballonné et il n'est pas possible d'examiner le malade à cause de la douleur et de la contracture musculaire.

Puis cet état va s'exagérant et le malade couvert d'une sueur froide finit par mourir en hypothermie, en conservant jusqu'à la fin l'intégrité de son intelligence.

La douleur est le symptôme initial. Cette douleur est soudaine, violente et sans cause apparente. Elle est

exaspérée par le moindre contact. Au début elle est localisée au niveau de l'étranglement ; dans le flanc droit dans le cas qui nous intéresse, mais bientôt elle est diffuse et au bout de vingt-quatre heures elle est généralisée et sans aucune localisation. Elle est diffuse dès le début s'il s'agit d'occlusion par adhérences généralisées. Cette douleur est continue ou se présente par crises avec exacerbation.

Il faut considérer la cessation brusque de la douleur comme un très mauvais signe et penser à la gangrène possible de la partie étranglée ou à une perforation de l'intestin.

La constipation est naturellement le symptôme par excellence. Il y a arrêt absolu des matières et des gaz. Il faut toujours tenir compte de ce qu'au commencement des accidents le bout inférieur de l'intestin est susceptible de se vider. Il y aura de la diarrhée pendant quelques heures, mais qui ne persistera pas ; dans le cas dont nous parlons en effet, il ne s'agira jamais de pincement latéral.

Cet arrêt des matières et des gaz est accompagné de hocquets, de vomissements, de nausées. Les vomissements d'abord alimentaires ne tardent pas à devenir fécaloïdes.

En même temps le ventre se ballonne et l'on peut cependant voir sous la paroi leur contracture dessiner les anses de l'intestin. Cette distension du ventre, tantôt uniforme, tantôt limitée au trajet de quelques anses intestinales, est une cause puissante de dyspnée.

Le météorisme apparaît vingt-quatre ou trente-six heures après le début des accidents.

L'empâtement qu'on constaterait dans la fosse iliaque droite ou dans son voisinage permettrait d'y localiser le siège de l'occlusion.

L'occlusion intestinale aiguë s'accompagne ordinairement d'hypothermie. Certains auteurs cependant croient que l'occlusion d'origine appendiculaire ne va pas sans élévation de température et en font un élément de diagnostic.

Cette complication est la plus grave qu'on puisse prévoir et souvent fatale malgré une intervention rapide. Elle peut tarder longtemps, quatorze ans dans un cas rapporté par Broca et que nous reproduisons, cinquante ans dans une observation de Lefort qu'on pourra lire plus loin, mais c'est à elle qu'aboutira presque fatalement l'agglomération péricæcale.

A côté de l'occlusion aiguë nous avons l'occlusion chronique où à côté des troubles digestifs que nous avons signalés plus haut, on trouve une constipation opiniâtre avec débâcle de temps en temps, sous l'influence d'une purgation ou d'un lavement. Cette constipation excessive dure six, huit jours et plus. Dans ce cas on trouve dans la fosse iliaque une tumeur élastique, mobile, sonore, douloureuse qui ne sera pas toujours pour éclaircir le diagnostic.

Nous donnons ici quelques observations d'occlusion intestinale et qu'on pourrait multiplier. Plusieurs de nos observations pourraient être rapportées ici.

Observation XVI

Souligoux. *Bulletin de la Société anatomique*, 1899 (Résumée).

Occlusion intestinale par volvulus consécutive à des adhérences dues à une appendicite ancienne.

Homme, 84 ans. Occlusion intestinale depuis trois jours. Ballonnement, petitesse du pouls. Vomissements fécaloïdes. Abaissement de la température.

Mort au moment où allait commencer l'opération.

A l'autopsie intestin grêle tordu sur lui-même à 6 centimètres de sa terminaison.

Adhérences multiples réunissant l'intestin grêle et le côlon pelvien au milieu desquelles se cache l'appendice.

Adhérences multiples fixant solidement le côlon pelvien au détroit supérieur.

Observation XVII

Sacquépée, *Bulletin de la Société anatomique*, février 1899 (Résumée).

Péritonite chronique d'origine appendiculaire et adhérences.

M... B, 41 ans. Coliques intestinales en 1898, habituellement constipé.

10 *janvier*. — Douleur abdominale diffuse; ni selles, ni gaz. Purgatifs amènent évacuation pendant quelques jours. Ni fièvre, ni hocquet, ni vomissements. A partir du 21 janvier la constipation résiste à tous les traitements. Plus d'émission de gaz.

L'appétit est conservé ; mais l'amaigrissement est rapide.

Lavement électrique sans résultat.

Le toucher rectal révèle un rétrécissement très prononcé à la partie antérieure de l'ampoule dans le cul-de-sac de Douglas. On rapporte cette sténose à l'existence de masses intestinales agglutinées et adhérentes entre la vessie et le rectum.

31 *janvier*. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Épiploon adhérent à la fosse iliaque droite. Les anses grêles se présentent en paquets, un peu distendues, fortement vascularisées. Des adhérences rosées les unissent entre elles. L'appendice fortement épaissi est placé à cheval sur la terminaison du grêle. Libération. Résection.

Au-dessous masses grêles adhérentes qu'on essaie de libérer. L'intestin se déchire. On suture, les fils coupent On songe à l'entéroanastomose. Mais à cause de l'affaiblissement du malade on suture le bout supérieur de l'anse déchirée à la paroi abdominale.

Mort le 7 février.

Observation XVIII

Broca. *Leçons cliniques* (Résumée).

Enfant opéré le 25 juillet 1898. Subitement pris en février 1899 d'accidents aigus d'occlusion avec vomissements vite fécaloïdes et arrêts des matières et du gaz. Température 37°9.

23 février. — Laparotomie médiane : Une bride serrait l'iléon à sa jonction avec le cæcum. Section. Mort.

Observation XIX

Broca. *Leçons cliniques* (Résumée).

Docteur en médecine, 31 ans. Opéré d'appendicite il y a quatorze ans. Quelques dispositions à des coliques suivies de diarrhée.

Pris de douleur atroce à l'ombilic le 7 juillet 1900 dans la rue. Le lendemain vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Incision médiane sous-ombilicale. Section de deux brides entre ligatures ; libération d'adhérences. Guérison.

Observation XX

Broca. *Leçons cliniques* (Résumée).

Garçon, 13 ans 1/2. Résection de l'appendice en décembre 1897 puis le 29 juin 1898 de vives douleurs abdominales avec arrêt complet des matières et des gaz. Amené le 1er juillet à Trousseau à 3 heures de l'après-midi. Laparotomie médiane permet de trouver dans la fosse iliaque droite une anse coudée en U par une bride du bord mésentérique. Section des brides. L'occlusion persiste et l'enfant meurt le lendemain matin.

A l'autopsie, un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles, derrière le cæcum et le côlon ascendant.

Observation XXI

Lépine. *Lyon médical*, 1897 (Résumée).

A..., 40 ans. Symptômes d'occlusion remontant à quatre jours. Souffre depuis trois mois dans la fosse iliaque droite.

Autopsie. — Dans la fosse iliaque membranes fibrineuses fixant deux anses de l'intestin grêle coudées à angle aigu. Au milieu des adhérences. Appendice perforé au milieu de sa longueur.

Observation XXII

M. Lèques, médecin de l'hôpital militaire de Perpignan
in Th. Groew (Résumée).

Occlusion intestinale consécutive à une appendicite ancienne. Laparotomie. Guérison.

M..., soldat au 20e régiment d'infanterie coloniale, 30 ans, entre à l'hôpital de Perpignan le 18 février 1904.

Cet homme n'a jamais été malade avant son incorporation.

Séjour au Tonkin pendant quatre ans et santé excellente. A son retour en France quelques jours de fièvre et de diarrhée.

Au mois d'août il est atteint d'appendicite d'origine indéterminée et envoyé d'urgence à l'hôpital trente-six heures après le début des douleurs (12 août 1903). Il est opéré le 12 août. Suppuration pendant une dizaine de jours.

Le malade sort de l'hôpital et va passer trois mois de convalescence dans sa famille. Pendant ce temps il mène une vie très sobre et très réglée. Il rejoint Perpignan en février 1904 bien portant et reprend son service.

Dans la nuit du 17 au 18 février il est pris de violentes coliques qu'il trouve absolument semblables à celles qu'il a éprouvées au début de son appendicite. Les douleurs augmentent rapidement d'intensité...

Nous voyons M. à 8 h. 1 2. Il paraît souffrir beaucoup, visage légèrement pâle, mais non grippé ; langue humide, d'aspect normal ; pouls 86, régulier et plein ; ventre non ballonné et assez souple. Douleur vive déterminée par la pression dans la fosse iliaque droite avec prédominance au point de Mac Burney et défense musculaire légère. Température 36°8.

Le malade nous raconte qu'à 3 heures du matin il a eu un vomissement alimentaire assez copieux et qu'il a vomi, trois quarts d'heure après, un liquide jaune verdâtre.

Il était allé à la selle la veille à 11 heures du matin. Depuis il n'y a plus eu de défécation, mais plusieurs fois et tout récemment encore il a rendu des gaz par l'anus.

Ce tableau clinique est celui surtout de l'appendicite ou plutôt ici de la post-appendicite épiploïque, puisque nous savons que l'appendice a été enlevé six mois auparavant. Il se rapproche aussi de celui de l'occlusion intestinale ; la brusquerie du début ; les vomissements, l'intensité de la souffrance sont des symptômes communs à ces deux affections ; la localisation spéciale de la douleur, la défense musculaire, l'émission de gaz par l'anus sont en faveur de la première, le peu d'élévation de la température rentre dans le cadre de la seconde à laquelle du reste on doit songer à cause des antécédents du malade, l'étranglement par bride étant l'un des accidents observés à la suite d'une appendicite.

Traitement. — Glace sur le ventre. Injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine; diète absolue ; quelques cuillerées d'eau bouillie pour tromper la soif.

Les douleurs se calment peu après l'injection ; elles réapparaissent plusieurs fois dans la journée, sous forme de coliques vives mais assez courtes.

A 4 heures du soir, pouls 88, plein et régulier. Température 38°. Facies bon.

Deux injections de 1 centigramme de morphine dans la nuit qui est bonne.

Le 19, ventre toujours souple et non ballonné. Un gaz pendant la visite. Mêmes prescriptions.

A 9 heures du matin vomissement bilieux ainsi qu'à 10 h.1/2. Lavage d'estomac. Le malade rend des gaz le soir encore. Hocquet dans la nuit.

Le 20 au matin nous trouvons M... déprimé, la face pâle, les yeux cernés. Pouls 111 faible. Température 37°3. La palpation détermine une douleur modérée suivie de contraction des muscles dela paroi et de l'intestin, accompagnée de vives souffrances, et localisée en un point situé à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane. Le toucher rectal ne fait percevoir rien de particulier. Depuis la veille il n'y a plus d'émission de gaz.

A 9 h. 1/2, nouveaux vomissements semblables aux précédents avec douleur vive, pouls petit et fréquent. Nous nous décidons à pratiquer la laparotomie.

Laparotomie médiane à 11 heures. Le cæcum gris blanchâtre adhère à la paroi surtout au voisinage de son abouchement avec l'intestin grêle. Celui-ci apparaît aussi aplati vers sa terminaison et sa partie affaissée va bientôt se perdre au-dessous de plusieurs anses enchevêtrées. En les soulevant pour les explorer nous voyons que deux d'entre elles sont reliées par une très courte bride fibreuse en un point situé dans la profondeur vers la ligne médiane. Dans l'angle formé par ces deux anses et contre la bride se trouve enserrée et écrasée une troisième anse ; pour la libérer nous sommes obligés de mettre hors de l'abdomen toute la portion enchevêtrée : la bride est alors sectionnée d'un coup de ciseaux. Le segment compris entre le point où elle siégeait et le cæcum mesure environ 1 m. 50. La masse viscérale remise en place, nous constatons que le cæcum reste notablement gêné dans son expansion par suite de l'étendue de ses adhérences qui embrassent presque toute sa demi-circon-

férence antérieure et la tiennent fortement appliquée contre la paroi surtout vers la région appendiculaire. Le cæcum est libéré aux ciseaux. Une fois cette dissection laborieuse terminée, pour empêcher les deux surfaces légèrement cruentées de se ressouder nous plaçons entre elles une compresse de gaze aseptique imbibée d'eau bouillie chaude, puis nous refermons.

Le lendemain l'état général est satisfaisant, mais il n'y a pas eu de selle ni émission de gaz.

Le pansement est ouvert et la mèche enlevée.

Le 22 le malade rend des gaz. Dans la nuit quatre selles.

Guérison complète.

Observation XXIII

Obstruction intestinale d'origine appendiculaire ayant nécessité une résection du cæcum. Charles Martin, *in* Th. Lamy.

M... R..., d'Angers, 47 ans, est malade depuis huit mois. Aucun commémoratif antérieur. Le début de cette maladie semble être une appendicite ; cette attaque d'intensité moyenne a nécessité un séjour au lit de deux semaines environ et depuis la malade souffre toujours à droite. Les selles ont été régulières faciles même jusqu'à ces derniers temps.

Une nouvelle alerte survient en juillet 1907 ; il y a ébauche d'occlusion intestinale. Ce n'est qu'au bout de six jours que les matières reprennent leur cours aidées d'un purgatif.

Je vois la malade le 25 juillet.

De nouveau il y a début d'occlusion. Les gaz et les matières sont arrêtées depuis quarante-huit heures. Quelques nausées se manifestent avec un peu d'accélération du pouls. Le ventre est

dur, globuleux, les anses intestinales roulent sous la peau pendant les coliques et luttent contre l'obstacle.

Dans la fosse iliaque, on sent un boudin dur allongé comme le cæcum, légèrement mobile dans tous les sens et douloureux pendant cet examen. Il n'y a pas de température. Le troisième jour un lavement amène la débâcle ; l'on peut alors mieux explorer la fosse iliaque et prendre connaissance de la tumeur cæcale. Le diagnostic probable est lésion d'appendicite chronique ayant provoqué deux attaques d'occlusion.

Mais on admet aussi l'hypothèse d'un cancer du cæcum étant donné l'état de faiblesse, d'amaigrissement, presque de cachexie de la malade. Cependant pour le cancer manquent les ganglions à distance, les diarrhées, et selles glaireuses ou sanglantes. l'ascite rare il est vrai dans le cancer de l'intestin. Il y avait également contre : l'âge de la malade, le volume relativement considérable de la tuméfaction. Il existe des cas de cancer dont l'ulcération infectée a causé de l'appendicite, ce qui n'est pas pour faciliter le diagnostic.

Opération tentée le 29 juillet 1907. Incision dans la fosse iliaque droite directement sur la tumeur qui fait un relief notable et soulève la paroi abdominale des fausses côtes à l'arcade de Fallope. L'incision longue de 15 centimètres découvre la tumeur.

Celle-ci est formée par le cæcum et l'iléon parsemés de fausses membranes et recouverte de l'épiploon. Cet ensemble forme un magma inextricable d'ailleurs et même le ventre ouvert le diagnostic cancer ou appendicite ou tuberculose reste indécis.

Je procède par ordre :

1° Résection après libération de presque tout l'épiploon.

2° Recherche des bouts intestinaux au milieu des adhérences,

ce qui fut le plus laborieux ; l'angle droit du côlon transverse se trouvant dans la fosse iliaque droite et le cæcum se trouvant au-dessus dans la direction du foie et sous-hépatique. L'intestin adhérent au cæcum est devenu externe par rapport à ce côlon ascendant renversé.

3° Résection de l'appendice enroulé autour de l'intestin grêle.

4° Résection iléo-cæcale à la fin de laquelle en détachant le cæcum du plan profond, on trouve au milieu des adhérences quelques gouttes de pus.

Drainage et contre-ouverture lombaire.

Fistule intestinale le cinquième jour et qui dure quinze jours.

Observation XXIV

Appendicite compliquée d'occlusion aiguë par adhérences péritonéales et épiploïques coudant et immobilisant la fin de l'intestin grêle. *In* Th. Lamy. (Résumée).

Mme L..., 35 ans, fut en mars 1902 atteinte d'appendicite aiguë avec abcès péri-appendiculaire dans la fosse iliaque droite.

L'état est grave et l'intensité des phénomènes occlusifs fait penser à un étranglement interne...

Opération 12 mars 1902. — Laparotomie médiane. On trouve une masse formée par les dernières anses grêles liées et immobilisées par des adhérences et des fausses membranes.

L'intestin grêle a deux coudures et reprend sa forme à mesure de la libération de l'épiploon et des adhérences. Cette libération a l'inconvénient d'ouvrir un abcès péri-appendiculaire. Le pus limité autant que possible est évacué. A la fin de l'opération un deuxième abcès est ouvert. Large drainage.

Malgré une selle obtenue le lendemain avec émission abondante de gaz, malgré donc le rétablissement de la circulation intestinale, le décès survient par septicémie péritonéo-intestinale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'agglomération péricæcale peut présenter quelques difficultés ; souvent il ne sera pas fait.

Dans le cas où l'on se trouvera en présence d'une crise aiguë d'appendicite dont on aura déjà fait le diagnostic, l'existence d'un gâteau bien limité au niveau de la fosse iliaque droite pourra nous faire penser à l'agglutination possible des anses de l'intestin entre elles.

Mais s'il s'agit d'une appendicite récidivante ou chronique d'emblée, on pourra se trouver embarrassé. C'est en faisant la laparotomie pour enlever un appendice malade ou pour lever un obstacle dans un cas d'obstruction intestinale qu'on établira un diagnostic rétrospectif. Et encore ce diagnostic sera-t-il susceptible d'être modifié par un examen histologique : car nous ne considérons comme entrant dans le cadre de notre sujet que l'appendicite simple avec exclusion des néoplasmes et de la tuberculose.

Les éléments du diagnostic sont les suivants :

1° Commémoratif d'une ou plusieurs crises appendiculaires franches ou frustes ;

2° Constatation d'une tumeur ou tuméfaction dans la région de l'appendice ;

3° Constatation d'une sensibilité douloureuse au point de Mac-Burney.

Les causes d'erreur seront les suivantes : Cancer latent du tube digestif. — Tuberculose ileocæcale et péritonite tuberculeuse. — Actinomycose appendiculaire. — Typhlite stercorale — et enfin les lésions des annexes de l'utérus chez la femme.

Des troubles digestifs assez légers, constipation avec débâcles diarrhéiques de temps en temps, troubles dyspeptiques sont les premiers symptômes d'un néoplasme de l'intestin. Les douleurs sont variables et ordinairement localisées au siège de la tumeur. Celle-ci située sur le segment initial du gros intestin s'accompagnera très bien de douleurs analogues à celles qu'on ressent dans la fosse iliaque droite au cours de l'appendicite chronique.

Sans doute les garde-robes des cancéreux pourraient être striées de sang, ou bien il pourrait y avoir du mélœna, évacuation de selles noires, poisseuses, fétides. C'est un symptôme qui pourrait exclure toute idée d'appendicite, mais il peut ne pas exister ou être tardif, ou bien avoir passé inaperçu pour des gens peu attentifs.

Le cancer du cæcum et de l'intestin en général, absolument latent pendant de longs mois et des années peut ne se manifester que par l'obstruction intestinale qui attire l'attention du malade. Obstruction aiguë ou

chronique qui ressemble beaucoup à celle due à l'agglomération intestinale d'origine appendiculaire.

D'autant plus que par infection secondaire il peut y avoir réaction péritonéale autour d'un cæcum cancéreux et inflammation chronique avec production d'adhérences constituant une agglomération analogue à celle qui nous intéresse, mais de cause différente. De sorte qu'à l'examen physique du malade on obtiendra souvent des sensations analogues dans les deux cas.

Cependant si l'on trouve une tumeur bien limitée, dure, bosselée, inégale, ordinairement de peu de volume, mobile et roulant sous le doigt, on pourra penser au néoplasme.

Dans le cancer, la fièvre n'existe généralement pas

Certainement l'âge avancé du malade, un état cachectique très marqué, un teint jaune paille accentué, la perte des forces seront autant d'arguments en faveur du néoplasme du cæcum ; mais il s'est trouvé assez souvent que ce diagnostic porté a été démontré mal fondé à l'opération chez des vieillards porteurs d'une appendicite ancienne avec de nombreuses adhérences et qui avait passé inaperçue ou avait été oubliée.

Les observations suivantes montrent que même sur la table d'opération le diagnostic n'est pas toujours facile.

Observation XXV

Appendicite diagnostiquée cliniquement rétroversion utérine, avec adhérence et prise au cours de l'opération pour un néoplasme du côlon iléo-pelvien.

Poirrier. *In* thèse Cotar.

D..., 52 ans, entre dans le service de Poirrier pour douleurs abdominales.

Réglée à 18 ans. A eu quatorze grossesses terminées par des accouchements normaux. Souffre du ventre depuis vingt ans.

Ménopause il y a sept ans. La malade met la cessation des règles sur le compte d'un accident.

Cystocèle depuis un an et qui gêne la malade. Douleurs lombaires. Constipation. Céphalalgie. Amaigrissement notable. Teint jaunâtre.

A la palpation on sent un léger empâtement dans le flanc droit. Douleurs obtuses dans les deux fosses iliaques.

Toucher vaginal. Utérus en rétroversion très prononcée et adhérent. Annexes gauches douloureuses.

4 mai. — Laparotomie sous-ombilicale. On trouve en arrière de l'utérus et faisant corps avec sa face postérieure une masse de la grosseur du poing formée par des anses grêles accolées et par le bord inférieur de l'épiploon adhérent. Après avoir dégagé peu à peu les anses grêles et les avoir relevées, on se trouve en présence d'une masse fibroïde moins grosse, intermédiaire à l'utérus et au rectum et paraissant développée aux dépens de la partie supérieure de celui-ci. En décollant peu à peu l'intestin on voit du pus s'écouler.

Alors le diagnostic qui avant l'opération était rétroversion

adhérente, qui était devenu au courant de l'opération néoplasme intestinal, hésite entre annexite gauche suppurée et appendicite. C'est ce dernier qui est le bon. En effet, en poursuivant le décollement on tombe sur un appendice enflammé de la grosseur du petit doigt et perforé à sa partie moyenne.

Drain dans le Douglas, un deuxième au milieu des anses intestinales. Apyrexie complète. Les drains sont enlevés le troisième jour; la malade sort guérie.

Observation XXVI

Appendicite à forme néoplasique. Legueu et Beaussenat, 1898.

Femme de 57 ans. Aspect cachectique, pâle, jaune, amaigrie, marchant avec peine et parlant à voix basse, comme un être profondément débilité. Elle raconte que sa maladie remonte à deux ans. Elle n'avait avant cette époque jamais été malade.

Il y a deux ans elle fit une chute dans l'escalier et tomba sur le côté droit. Au moment de cet accident elle ne remarqua rien de particulier, put se relever et continuer à marcher. Mais c'est depuis ce moment qu'elle a commencé à éprouver dans le côté droit du malaise et de la fatigue. Elle n'y prit pas garde et continua à vaquer à ses occupations. Elle était cependant moins forte et moins vaillante qu'autrefois.

Il y a six mois le malaise local est devenu une vraie douleur et la malade a dû s'aliter. A partir de ce moment elle a commencé à vomir. Les vomissements survenaient particulièrement chaque fois qu'elle mangeait de la viande. L'appétit et les forces ont été progressivement en décroissant alors qu'un amaigrissement rapide se produisait et que la peau devenait pâle.

Enfin il y a quinze jours, elle a constaté la présence d'une tumeur dans le flanc droit.

La maladie s'était d'ailleurs aggravée ; elle vomissait tout ce qu'elle ingérait, ne dormait plus, avait des sueurs nocturnes et dormait presque constamment.

A l'examen on voit se dessiner à droite une tumeur volumineuse qui soulève la paroi abdominale, dont les contours sont nettement définis et que le palper direct ou combiné permet de délimiter aisément. Son volume est celui d'une tête de fœtus à terme.

Les contours de cette tumeur sont arrondis et réguliers, sa surface est lisse, sa consistance dure mais plutôt rénitente. Il n'y a pas trace de fluctuation. Elle ne se meut ni sous l'influence de la respiration ni par le changement de position. Absolument mate à la percussion, elle est limitée par une zone de sonorité. La palpation en est un peu douloureuse et provoque une légère contracture de défense de la paroi abdominale.

La malade entrée à l'hôpital est opérée par M. Legueu le 9 mai 1897.

La veille de l'opération la température atteint 39°5 et vient confirmer le diagnostic de suppuration.

Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit. La paroi est infiltrée et œdémateuse. Les couches musculaires et aponévrotiques sont fortement unies et presque fusionnées dans les parties profondes. Le pus paraît et l'incision est agrandie. La collection adhérait à la paroi, la poche ne contenait ni matières fécales ni corps étranger ; elle était unique. Drainage...

La malade se cachectisa de plus en plus et mourut un mois après l'opération.

L'autopsie montre l'absence de néoplasme. Une poche est

développée au contact du cæcum et de l'appendice qui sont accolés et font corps avec cette poche.

Ce qui augmente la difficulté du diagnostic, c'est l'existence possible d'un cancer primitif de l'appendice vermiculaire lui-même.

Le cancer primitif de l'appendice s'accompagne presque toujours d'adhérences péricæcales. Un certain nombre de cas en ont été publiés. Ces tumeurs évoluent absolument comme une appendicite dans la forme qui nous intéresse.

Le néoplasme de l'appendice n'acquiert jamais un volume très considérable.

Le cancer est il la cause de l'appendicite chronique, ou s'est-il greffé sur un organe déjà enflammé, ou bien y a-t-il simple coïncidence des deux affections ? on ne sait. En tout cas le diagnostic n'a jamais été fait jusqu'ici que par l'examen histologique. Il n'aurait qu'un intérêt théorique, le traitement chirurgical étant préférable dans les deux cas.

Sans doute le résultat n'est pas le même. La guérison se maintenant après l'ablation d'un appendice chroniquement enflammé ; tandis qu'on peut craindre qu'une récidive se produise au bout d'un temps plus ou moins long dans le cas de néoplasme histologiquement constaté et primitif de l'appendice. Cependant il y a des cas où la survie est assez longue.

Nous reproduisons ici une observation, bien que n'étant pas de notre sujet pour montrer la difficulté du diagnostic entre l'appendicite simple, la tuberculose et le cancer.

Observation XXVII

Eccles. *Société royale, médicale et chirurgicale de Londres*, 27 février 1906.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans.

Dans le commencement de 1903 le malade avait éprouvé à deux reprises une légère douleur dans la fosse iliaque droite qui n'avait même pas nécessité un jour de repos.

Le 6 avril 1904 survint une crise plus forte et dans la fosse iliaque on sentait une tuméfaction sensible à la pression. Au bout de quinze jours, tout était rentré dans l'ordre. Le 12 mai survint une deuxième crise ; il y eu une légère élévation de température et une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Le 17 il persistait une masse dure et sensible et une laparotomie fut décidée.

Le 25 mai l'abdomen fut ouvert et on trouva un cæcum fixé à la fosse iliaque par des adhérences solides. Derrière lui une masse n'était autre que l'appendice malade. Ce dernier fut libéré de ses adhérences avec une certaine difficulté. Il était très épaissi. Sa circonférence extérieure était de 56 millimètres, sa longueur de 44 millimètres. Après résection de l'appendice on enleva encore deux ganglions situés dans le méso-appendice, puis la plaie fut refermée et le malade guérit sans incident. Revu le 19 février 1906 le malade allait bien.

L'appendice coupé longitudinalement présentait deux zones blanchâtres, absolument distinctes l'une de l'autre et situées vers la partie moyenne de l'organe. On pensa qu'il s'agissait de dépôts de nature tuberculeuse. Le microscope montra qu'on avait affaire à du carcinome à cellules rondes... La guérison fut obtenue par une simple appendicectomie.

A propos de cinq cas personnels portant à 60 les faits connus. Zaaijer d'Amsterdam étudie en 1907 le cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal et constate que cliniquement on a affaire à une appendicite banale. Le diagnostic ne sera fait que si l'on a soin de faire des examens histologiques systématiques.

Étudiant les 91 cas connus au commencement de 1908 Williams fait les mêmes conclusions.

Le diagnostic n'a jamais été fait non plus avant intervention et examen histologique des cas dont parle Lejars où au milieu d'adhérences péricoliques et péricæcales dues à de la périty phlite on trouve un appendice absolument sain.

Une tumeur de l'épiploon pourrait s'être développée dans le voisinage de l'angle iléocæcal et nous induire en erreur. D'autant plus que depuis les communications de Walther on pense à l'épiploïte d'origine appendiculaire. Mais dans le cas de néoplasme il s'agit de noyaux durs et bien limités, petits et cependant faciles à sentir et à saisir si on arrive à les immobiliser. Le plus souvent ces tumeurs sont multiples, existent ailleurs dans l'abdomen et s'accompagnent d'ascite.

Le cancer s'accompagne d'adénopathie ; il y a des ganglions périappendiculaires et dans l'épaisseur du méso, dans le cas de tumeur de l'appendice, mais qui ne seront découverts qu'au cours de l'opération.

Il n'est pas jusqu'à la phlébite qui puisse rappeler la phase dernière des cancers de l'estomac. Walther a signalé un cas où la veine saphène interne se thrombosa.

Nous rapportons ici une observation où le diagnostic avait été porté de cancer de l'estomac.

Observation XXVIII

Sonnenburg. *Pathologie und Therapie der Perityphlis*, 1900.

Femme de 45 ans, souffre depuis deux ans de troubles digestifs chroniques considérés pendant longtemps comme d'origine hystérique. Pendant ce temps la malade maigrit considérablement. Par moment survenaient au cours de la maladie des accès de fièvre, parfois des vomissements ou des douleurs indéterminées dans le côté droit.

A l'examen une partie résistante donnant la sensation de tumeur fait porter le diagnostic de tumeur de l'estomac.

Opération 7 octobre 1897. — Laparotomie exploratrice pour la délibération de l'estomac qui ne présente rien d'anormal. Le pancréas est libre.

Fermeture. Incision dans le flanc droit et mise à nu du cæcum On découvre des adhérences qui forment des poches. L'appendice dilaté est adhérent au cæcum. Une bande unit au cæcum la portion de l'appendice vermiforme opposée à l'insertion du méso-appendice, Coprolithes dans l'appendice. Lésions d'appendicite chronique. Guérison de tous les troubles digestifs.

La tuberculose iléo-cæcale on y pensera dans certains cas et on croira avoir affaire à une forme sclé-reuse ou hypertrophiante de typhloappendicite tuberculeuse.

Il est certain, comme l'ont fait remarquer beaucoup

d'auteurs, que l'appendicite simple peut se produire chez un tuberculeux sans qu'il y ait de lésions tuberculeuses de l'intestin et que la notion de l'état général du malade ne suffit pas pour affirmer la nature tuberculeuse des lésions appendiculaires.

Cependant, lorsqu'on se trouve en présence d'une malade présentant un foyer de tuberculose pulmonaire ou articulaire et ayant des symptômes d'appendicite chronique, il est difficile d'affirmer qu'il ne s'agit pas de tuberculose cæcale et appendiculaire.

La typhloappendicite tuberculeuse s'accompagne le plus souvent de diarrhée, ce qui est un des premiers signes de tuberculose intestinale. Cette diarrhée survient par petites poussées sans jamais de grandes débâcles.

De petites poussées fébriles avec exaspération vespérale, avec sueurs nocturnes, sont de règle au cours de la tuberculose cæcale et appendiculaire. Mais on peut aussi observer une légère élévation de température le soir au cours de l'appendicite chronique avec agglomération péricæcale.

L'affection que nous étudions se manifeste souvent par des phénomènes d'occlusion intestinale, elle pourra s'accompagner de vomissements fécaloïdes. Au cours de la tuberculose intestinale, si le malade vomit ce seront des vomissements alimentaires et l'on n'observera pour ainsi dire jamais l'occlusion intestinale.

Le tuberculeux présentera une zone douloureuse dans la fosse iliaque droite, douloureuse spontanément et à la pression ; zone douloureuse diffuse et moins locali-

sée que le point douloureux appendiculaire au point de Mac-Burney.

A la palpation on aura la sensation d'une tumeur en boudin de volume variable, souvent assez considérable, plus ou moins molle, pâteuse, ou au contraire dure et rénitente, siégeant au niveau du cæcum et remontant le plus souvent jusque sur le côlon ascendant et dans l'hypochondre. Cette masse est ordinairement bien limitée, elle est plus ou moins mobile. Mais l'appendice, le cæcum, le côlon tuberculeux peuvent être entourés d'adhérences péritonéales.

La palpation nous fait constater la douleur à la pression.

Elle nous permet enfin de sentir des gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Avec l'état général du malade et les quelques différences que nous venons de signaler, ce qui distingue la tuberculose cæcale de l'agglomération péricæcale est la présence de ce boudin remontant sur le côlon. Car les lésions tuberculeuses se localisent rarement au seul cæcum ou à son appendice et s'étendent presque toujours au gros intestin.

On aura la ressource d'employer la tuberculine et de faire l'ophtalmo-réaction.

L'actinomycose appendiculaire? Outre que c'est une affection qu'on aura rarement l'occasion de rencontrer, le diagnostic n'en sera presque jamais fait ; sauf tout à fait à la dernière période, s'il se produisait une fistule permettant de recueillir des grains jaunes. Elle se manifeste par des symptômes analogues à l'inflammation

cæcale et appendiculaire avec ou sans réaction péritonéale.

Il résulte des travaux de Thévenot en 1901 que le diagnostic n'a jamais été établi que rétrospectivement.

Dans une communication à la Société de médecine de Londres, M. Kellock a bien signalé l'existence de pyléphlébite au cours de l'actinomycose appendiculaire, alors que cette complication n'existerait pas au cours de l'appendicite simple. Mais le diagnostic de thrombose de la veine porte ne sera peut-être pas fait très souvent à moins que ce ne soit à l'autopsie.

L'inflammation du gros intestin, la typhlocolite stercorale simple est une affection fréquente et dont le malade se trouve souvent peu gêné. Mais elle peut prendre une importance assez grande pour faire commettre une erreur de diagnostic.

Notons qu'elle peut être considérée à juste titre comme prédisposant à l'inflammation cæcale et appendiculaire et aux accidents qui en découlent.

Le début lent et insidieux de cette affection se confond le plus souvent avec l'existence de troubles intestinaux plus ou moins marqués. Le premier signe évident est ordinairement une douleur qui occupe le flanc droit. Cette douleur d'intensité variable, mais habituellement sourde, est exacerbée par les mouvements, la toux et surtout la pression. Elle est sujette à des paroxysmes spontanés pendant lesquels elle irradie dans différentes directions, vers l'ombilic, l'hypochondre droit où la région hypogastrique, mais sans jamais acquérir une grande acuité.

Dès les premiers phénomènes douloureux le malade perd l'appétit, la soif est vive, la langue saburrale, l'haleine fétide, il y a des éructations, des nausées, parfois des vomissements. La constipation qui plus tard deviendra absolue montre le mauvais état des voies digestives.

Cette constipation peut être confondue avec l'obstruction intestinale chronique due à l'agglomération péricæcale. On peut d'ailleurs observer parfois de légères poussées de température mais d'une façon intermittente.

A la palpation de la fosse iliaque, souvent difficile à cause de la défense musculaire, on trouvera parfois une masse dure, solide, à contours plus ou moins nets et plus ou moins facile à délimiter. Cette tumeur représente le cæcum et le commencement du côlon distendus par des matières. La palpation de la fosse iliaque gauche permettra de constater souvent l'existence de cette tumeur stercorale des cliniciens.

Le diagnostic a son importance, un purgatif débarrassant l'intestin fait disparaître la tumeur cæcale et les accidents qui accompagnent la typhlite stercorale.

L'inflammation du cæcum peut d'ailleurs amener une réaction péritonéale et la formation d'adhérences indépendamment de l'appendice qui peut être sain. Plusieurs auteurs, entre autres Roux, ont rapporté des observations de typhlite et de périty phlite avec intégrité absolue de l'appendice.

Chez la femme on pourra hésiter à porter le diagnostic d'appendicite chronique avec adhérences péricæcales ou d'annexite avec adhérences de la trompe droite.

Le diagnostic sera surtout difficile s'il s'agit d'un appendice bas situé et descendant jusque dans la cavité pelvienne. La masse que l'on sent à la palpation étant située très bas dans la fosse iliaque, le point douloureux ne correspond plus nettement au point de Mac-Burney.

Chez la femme la douleur appendiculaire se manifeste souvent au moment des règles, ce qui rend le diagnostic difficile. On croit alors se trouver en présence de simples coliques utérines.

La femme peut avoir présenté des troubles dans ses fonctions génitales, et pour augmenter les chances d'erreur il peut y avoir l'existence d'une collection antérieure qui aurait été évacuée par une colpotomie postérieure.

Si l'on rencontre des appendices très enflammés et ne donnant naissance à aucune adhérence, l'inflammation des trompes peut en produire et donner lieu à l'agglutination d'anses intestinales autour de l'organe malade. Il y aura formation d'une agglomération absolument analogue à celle que nous étudions et pouvant produire les mêmes accidents chroniques plus ou moins marqués, mécaniques ou réflexes, et des accidents aigus d'occlusion ou autres.

L'inflammation de l'appendice et des trompes peuvent coexister et participer à la formation d'une seule masse agglomérée, sans qu'on puisse affirmer qui a commencé de l'intestin ou de la trompe. Il est admis aujourd'hui qu'il y a des annexites d'origine appendiculaire.

Parfois le diagnostic ne sera fait qu'au cours d'une

laparotomie. Verchère et Bernheim ont rapporté l'observation d'un appendice trouvé gangrené au milieu d'adhérences anciennes au cours d'une hystérectomie abdominale totale pour fibrosarcome.

Observation XXIX

Appendicite masquée par des adhérences ovariennes.
Kelway. *Med. chir. Rep.*, juillet 1892.

K..., 34 ans, accuse un point douloureux dans la région ovarienne depuis 1889, douleur exagérée au moment des époques, et chaque menstruation s'accompagne de cette sensibilité droite très vive à la pression. Elle est soignée pour une rétroversion et pendant ce temps son état général s'altère. Les troubles dyspeptiques deviennent très marqués, la constipation est intense et la malade est condamnée à l'inactivité.

En 1893 on trouve au toucher vaginal un utérus en rétro-version et sur le côté droit une petite masse fixée à l'utérus et sensible au toucher. On pense à un ovaire volumineux ou à une salpingo-ovarite. En explorant la fosse iliaque on ne retrouve ni sensibilité élevée ni point de Mac Burney. La douleur est en bas au niveau de l'ovaire. Il n'y a jamais eu de colique appendiculaire.

Laparotomie juillet 1892. — Utérus en rétroversion. Ovaire gauche et trompe correspondante sont sains. A droite les annexes sont entourées d'adhérences filamenteuses qui les étranglent, les reliant à un appendice très bas placé, très vasculaire très volumineux et entouré partout d'adhérences.

On libère les annexes et leurs adhérences, on les abandonne et on résèque l'appendice.

Toute douleur disparaît et la malade guérit.

Toujours, surtout chez la femme, une cause d'erreur à laquelle il faut penser est la néphroptose.

Il y a aussi quelque difficulté parfois à faire le diagnostic de colique hépatique, comme dans le cas suivant :

Observation XXX

Pozzi. *Académie de médecine*, 28 avril 1886 (résumée).

Un homme présentait depuis deux jours une légère diarrhée. Le 9 avril douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissement muqueux ; douleur dans la région du foie. Soigné autrefois pour des coliques hépatiques il croit au retour d'un nouvel accès.

Depuis l'âge de 11 ans cet homme souffrait de colique dans le flanc droit. Des accidents gastriques avaient été soignés et améliorés par des lavages d'estomac.

M. Pozzi pensa qu'il s'agissait de crises d'appendicite à répétition qui avaient passé pour des coliques hépatiques.

Laparotomie le 10 avril. Gros intestin adhérent. En arrière de lui l'appendice dur est fixé sur la face postérieure du cæcum et entouré d'adhérences. Ni pus. Ni liquide.

Résection. Drainage.

Il est enfin des cas où le diagnostic d'agglomération péricæcale d'origine appendiculaire ne sera jamais fait qu'après coup.

On ne reconnaîtra la nature véritable des accidents auxquels on assiste qu'à l'ouverture du ventre pour une intervention chirurgicale ou une autopsie.

C'est lorsqu'on se trouve en face d'une occlusion intestinale aiguë avec vomissements bilieux et stercoraux, arrêt complet des matières et des gaz et ballonnement du ventre et dyspnée. La douleur violente est mal localisée, diffuse à tout l'abdomen.

Guinard considère comme un des diagnostics les plus difficiles de différencier l'occlusion aiguë de l'intestestin grêle et la crise aiguë d'appendicite.

Il sera bon dans ce cas de commencer par s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une hernie étranglée ; s'assurer ainsi qu'il s'agit bien d'une obstruction instestinale et non de colique hépatique ou néphrétique.

Quant à faire le diagnostic de la cause de cette obstruction et à la localiser, s'il ne s'agit pas d'un malade qu'on connaît déjà ou s'il n'y a aucun anamnestique le plus souvent on ne le fera pas.

On a bien signalé que l'obstruction mécanique d'origine appendiculaire s'accompagne d'une certaine élévation de température alors que l'occlusion intestinale d'autre cause est apyrétique mais c'est un symptôme inconstant et qui manque notamment dans l'observation XXXVII du Dr Thévenard.

PRONOSTIC

Nous considérons l'agglomération péricæcale comme une complication pouvant survenir pendant une crise aiguë d'appendicite ou au cours d'une appendicite chronique.

Dans le premier cas, c'est une réaction de défense de l'organisme contre l'infection et une chance de salut peut-être en localisant cette infection.

Dans le deuxième cas on peut la considérer comme une complication sérieuse de l'appendicite.

C'est d'abord la conservation dans l'interstice des anses intestinales agglutinées de petits foyers multiples d'infection latente et susceptible de devenir virulents à la moindre occasion, un traumatisme par exemple. Chez les jeunes gens de 10 à 25 ans porteurs d'un appendice malade et d'adhérences cachant de petits foyers septiques, un coup violent, une chute sur l'abdomen, un effort avec contraction du muscle psoas peuvent provoquer une poussée aiguë d'appendicite.

Sans doute dans ce cas les adhérences peuvent cons-

tituer une barrière qui peut localiser l'infection. Mais malgré elles et par elles souvent cette infection pourra se généraliser et aboutir à donner la péritonite adhésive diffuse qu'a décrite Karewski et qui sera presque toujours au-dessus des ressources thérapeutiques.

Cette réunion, cette soudure des anses intestinales entre elles sous des angles divers aboutira très souvent à l'obstruction mécanique de l'intestin avec les graves accidents qui en peuvent résulter.

En admettant que ces formations fibreuses ne produiraient aucun accident aigu et grave mettant la vie du malade en danger, ce qui peut assurément ne pas se produire ou tarder pendant de longs mois et des années, elles n'auront jamais une fois constituées tendance à régresser et disparaître. Bien au contraire elles augmenteront et s'étendront de proche en proche et un travail de sclérose les rendra plus dures et plus serrées. C'est d'ailleurs cette rétraction fibreuse qui est cause de l'occlusion intestinale mécanique signalée plus haut.

Par leur tiraillement sur l'intestin, sur les autres organes elles seront cause de réflexes qui s'ajouteront et exagéreront les troubles généraux dus à l'appendicite chronique.

Sonnenberg faisait déjà remarquer en 1897 qu'il peut s'écouler dix, quinze et vingt ans entre deux attaques de périty phlite. L'inconvénient de l'expectative est d'exposer le malade à des rechutes souvent très graves. Nombre d'observations données dans les statistiques comme des guérisons concernent en réalité des malades chez

qui une récidive ou des accidents surviendront tôt ou tard. Nous reproduisons ici une observation où des accidents se sont produits au bout de cinquante ans.

Observation XXXI

Occlusion intestinale d'origine appendiculaire au bout d'un demi-siècle. Lefort. *Société de chirurgie*, 23 mars 1904.

Un homme de 72 ans est transporté à l'hôpital pour occlusion intestinale datant de quatre jours.

M. Lefort pratique la laparotomie médiane ; il trouve le cæcum vide, l'intestin grêle est affaissé. On déroule une des anses de l'intestin et au bout d'un mètre environ elle cesse de venir et paraît fixée; elle se dirige vers le bassin en canon de fusil. Une large bride s'insère sur elle que l'on doit sectionner ; l'autre bride enserre les anses voisines et l'on reconnaît que tous ces tractus se dirigent de la fosse iliaque droite vers le petit bassin. Poursuivant la libération on arrive au cæcum et on constate qu'il porte à son extrémité inférieure un petit moignon d'appendice long de 1 cm. 1/2, de volume normal et qui paraît bien fermé. A 5 centimètres de là, le reste de l'appendice long de 4 centimètres, fermé à ses bouts, est enchâssé dans une large bride péritonéale émanant du cæcum.

Il s'agissait évidemment d'un très ancien foyer d'appendicite et de fait, l'interrogatoire du malade révéla qu'il avait eu cinquante ans auparavant deux crises extrêmement douloureuses du ventre, qui l'avaient obligé à garder le lit pendant un certain temps.

Tout ce travail de libération terminé l'anse aplatie ne dilate

pas encore. Plus haut, à gauche et en arrière, l'anse aplatie s'engage dans un trou bordé par une bride épaisse formée par le mésentère ; il s'agissait d'une torsion en masse du mésentère. M. Lefort le déroule et aussitôt les anses grêles se distendent.

Aussitôt après l'opération les accidents disparaissent mais le malade succomba le lendemain soir.

En résumé l'agglomération péricæcale d'origine appendiculaire par adhérences et brides fibreuses des anses intestinales est une complication à pronostic grave de l'appendicite. Si elle ne met pas constamment la vie du malade en danger, elle le tient à la merci d'accidents sérieux. Si cet accident peut attendre à se produire un temps assez long, l'exagération des symptômes d'appendicite chronique et des malaises dont le malade aura à souffrir, son amaigrissement plus ou moins marqué, font du patient un véritable infirme et un malheureux.

TRAITEMENT

« Je me suis laissé convaincre par M. Dieulafoy de l'impossibilité fréquente de prévoir ce que deviendra une appendicite et de la nécessité d'opérer, même au risque de commettre une erreur de diagnostic, pour ne pas laisser mourir des malades qu'une intervention précoce peut seule sauver. » Ainsi s'exprimait M. Lucas-Championnière à la Société de chirurgie en décembre 1902.

Ce qu'il disait de l'appendicite aiguë peut s'appliquer à l'appendicite chronique et à l'agglomération péricæcale.

Un auteur anglais J. Blake, mettant en relief les troubles intestinaux qui sont dus à une simple mauvaise position de l'appendice iléocæcal, a opéré un certain nombre de ces malades croyant se trouver en présence d'appendicites. Ces malades ont vu tous les symptômes disparaître quoique à l'examen on n'ait pas trouvé des signes d'inflammation. Dans la plupart des cas, il s'agissait de tractions exercées sur le cæcum par un appendice ayant un méso trop court. Les troubles dus à des tiraillements exercés par des adhérences ou des brides fibreuses auront autant de chance de disparaître après

libération de ces adhérences que ceux que Blake considère comme liés uniquement à une mauvaise position de l'appendice.

Un malade présentant les accidents que nous avons signalés et qui accompagnent l'appendicite chronique sera sans doute surveillé pendant un certain temps ; on le soumettra à un traitement médical dont la base sera un régime alimentaire approprié. Mais si une amélioration ne se produit pas très marquée, ce n'aura été qu'un traitement d'attente permettant au médecin d'étudier son malade et d'affirmer son diagnostic.

Le diagnostic de lésions appendiculaires et péri-appendiculaires posé, il faut conseiller au malade une intervention chirurgicale.

Karewski qui déclare suspect d'appendicite tout individu qui est sujet à des troubles digestifs chroniques à la conduite suivante : En face d'un de ces dyspeptiques, pourvu que l'examen permette de constater deux signes diagnostiques de la plus haute importance, sensibilité de la fosse iliaque et tympanisme local du cæcum, il faut le condamner à la diète et le condamner au repos absolu en le faisant garder le lit. Si au bout d'un certain temps on ne constate aucune amélioration notable, sans aucune hésitation il faut opérer.

L'ablation précoce de l'appendice est recommandée par Karewski comme traitement préventif de la péritonite adhésive diffuse, mais il faut que cette ablation soit faite avant que les fausses membranes aient eu le temps de devenir solides.

L'opération préventive des accidents futurs est pré-

conisée par Roux de Lausanne qui défendait cette opinion déjà en 1897 au Congrès de Moscou.

A la Société de médecine de Berlin, Israël passant en revue les indications opératoires de l'appendicite est d'avis que l'opération fait disparaître les troubles d'origine appendiculaire. Parlant ensuite de ce que nous appelons l'agglomération péricæcale il trouve qu' « il devient particulièrement difficile d'apprécier si l'opération à froid doit être pratiquée quand on se trouve en présence d'une induration plus ou moins étendue de la région iléo-cæcale due à une inflammation de l'appendice. Cette induration est en effet l'expression d'une péritonite localisée oblitérante ayant amené la fusion intime des anses intestinales entre elles et avec l'épiploon. Il est donc aisé de prévoir que toute tentative opératoire exposera à une blessure de l'intestin. Aussi lorsque cet état anatomique de la fosse iliaque n'occasionne pas des troubles trop accentués, constipation opiniâtre, coliques péristaltiques trop intenses, douleurs permanentes, est-il préférable de s'abstenir de toute intervention et de remettre à plus tard, attendant que le relâchement des adhérences ait rendu une certaine individualisation aux anses intestinales. Si les troubles accusés par le patient sont insupportables et si malgré une attente aussi prolongée que possible l'induration iliaque forme toujours un bloc aussi compact, il ne faut pas hésiter à opérer. On enlèvera l'appendice et s'il y a lieu, on établira une entéro-anastomose pour rétablir la circulation facile des matières.

Les adhérences succédant à une crise aiguë ont ten-

dance pendant un certain temps à se relâcher et il peut en résulter d'heureuses conséquences ; mais lorsque l'inflammation est chronique d'emblée ou lorsqu'il s'agit d'appendicite à répétition déjà ancienne, ces tractus fibreux ont plutôt tendance à se rétracter pour donner lieu à des accidents sérieux ou tout au moins exagérer les symptômes de l'appendicite chronique et alors il n'y a qu'à intervenir le plutôt possible. En tout cas, la ligne de conduite tracée par le chirurgien allemand est tout à fait logique.

De son étude sur le cancer primitif de l'appendice, où il constate que le diagnostic n'est jamais fait que par un examen histologique, Zaiajer conclut qu'il faut faire dans l'intérêt des malades l'ablation systématique de tout appendice qui est le siège d'une poussée inflammatoire.

A propos de l'appendicite chronique adhésive, Haberer conseille de faire une laparotomie exploratrice dans les cas de troubles persistants de la fonction intestinale, constipation, douleur, amaigrissement.

Résumant les opinions les plus autorisées des chirurgiens et mettant au point la question du traitement de l'appendicite, Baumgartner conclut qu'il faut conseiller l'appendicectomie à tout malade atteint d'appendicite chronique, n'ayant pas encore eu de crise aiguë.

L'appendicectomie fait disparaître tous les troubles dont la cause première est une lésion chronique du diverticule, entre autres les phénomènes dyspeptiques.

Dans un autre ordre d'idées, au Congrès international des médecins d'assurances à Amsterdam, en 1901, M. le

Dr Weil-Mantou de Paris, à propos des assurances sur la vie, déclare que toute sensibilité anormale de la région appendiculaire, de même que toute crise antérieure, n'ayant pas donné lieu à une intervention chirurgicale doivent entraîner l'ajournement. L'acceptation est possible pour les candidats opérés.

L'incision de la paroi abdominale se fait suivant plusieurs procédés, dont les principaux sont ceux de Roux, de Mac Burney, de Jalaguier.

Jalaguier fait une incision parallèle au bord du grand droit et située sur le milieu de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. On ouvre la gaine du grand droit. Cette incision met à l'abri de toute éventration ultérieure.

D'autres font une incision oblique et très proche de l'arcade crurale et qui est favorable au drainage.

Après avoir incisé et repéré le péritoine, on se trouvera en présence de l'appendice et des anses agglomérées. Après avoir placé des compresses tout autour du champ opératoire pour bien protéger le péritoine, il faudra procéder à la libération des adhérences et découvrir l'appendice.

Cette découverte de l'appendice est parfois difficile et il faudra le sculpter au milieu des adhérences suivant l'expression employées par Brun dans les observations suivantes :

Observation XXXII

Brun. *Presse médicale*, 10 mai 1897.

P... Madeleine, 4 ans, a eu une crise d'appendicite en 1895.

15 novembre 1896. — Opération. Suites opératoires bonnes, guérison complète au quinzième jour.

Le cæcum est retenu par des adhérences épiploïques qui entourent l'extrémité de l'appendice. Celui-ci remonte derrière le cæcum et lui adhère. Je dois le sculpter aux ciseaux, au milieu de fausses membranes résistantes jaunâtres, représentant évidemment le résidu d'un foyer purulent...

Observation XXXIII

Brun. *Loc. cit.*

F... Simon, 4 ans, a eu à l'âge de 2 ans une première crise d'appendicite.

29 avril 1897, opération à froid suivie de guérison.

Le cæcum est entouré de fausses membranes épaisses l'unissant à l'intestin grêle et à l'épiploon. L'appendice n'est que très difficilement trouvé au milieu des fausses membranes. Il est recourbé en forme de V. Ses parois sont augmentées de volume. Malgré la grande difficulté que j'ai eue à le trouver et à le dégager, les suites opératoires sont bonnes et la guérison peut être considérée comme absolue.

Il faut procéder avec précaution à la séparation de l'appendice d'avec les parties auxquelles il adhère.

Quelquefois les doigts y suffiront ; mais il faut toujours y aller prudemment et voir ce qu'on fait pour éviter des accidents sérieux ou pouvoir y remédier immédiatement s'ils se produisent.

On peut éviter ainsi de laisser sans ligature une adhérence vasculaire. Il pourrait se faire qu'on ait ouvert le cæcum ou une anse intestinale adhérente. Si l'appendice est en position pelvienne, on risque de déchirer l'uretère ou des vaisseaux importants.

Dans certains cas il sera nécessaire de libérer et de décoller le côlon ascendant pour procéder à la recherche et à l'extirpation d'un appendice rétrocæcal. Il est toujours bon d'examiner le côlon avec soin et d'exciser les adhérences pour prévenir l'apparition de la péricolite cicatricielle.

L'appendice, le cæcum libérés des adhérences, pincement et ligature du méso-appendice et section ; puis ligature du vermium à sa base, section au galvanocautère et enfouissement du moignon dans le cæcum sous un double point en bourse.

Walther conseille de réséquer l'épiploon adhérent pour éviter le danger d'une épiploïte aiguë après l'appendicectomie et pour éviter aussi la persistance des troubles digestifs sérieux réflexes par adhérences et coudures de l'intestin.

Quand tout cela est fait avant de refermer la paroi il convient d'examiner et de vérifier attentivement le champ opératoire, voir si l'hémostase est parfaite et si aucune adhérence ne saigne.

Il faut savoir en effet que le moindre suintement san-

guin, outre qu'il peut devenir important comme perte de sang, peut entraîner des conséquences sérieuses en constituant un milieu favorable au plus haut point à la diffusion d'une infection partie du foyer appendiculaire. Ce foyer est encore souvent septique, même si au cours des manœuvres on n'a pas découvert quelque vieil abcès.

C'est en raison de cette infection latente possible du foyer appendiculaire qu'il est bon de drainer avant de fermer la paroi. On placera un drain Goldmann de grosseur moyenne jusqu'en arrière du cæcum.

On aura soin d'ailleurs de retirer les mèches du drain dès le lendemain et le drain lui-même le surlendemain de l'opération si sa présence est jugée inutile.

Pour éviter la formation de nouvelles adhérences, Haberer conseille de verser dans l'abdomen une certaine quantité de sérum avant la fermeture.

Dans certains cas, la libération des adhérences offrira de grandes difficultés à l'opérateur, ou même sera absolument impossible.

Si d'ailleurs on se trouve en présence d'une masse intestinale bien agglomérée, on résèquera tout, côlon avec le cæcum, et l'appendice et la partie du grêle intéressée. Cela bien entendu après avoir fait une entéro-anastomose entre une anse grêle et la partie du côlon que l'on respecte.

Lorenz, présentant quatre observations d'entéro-anastomose pour accidents d'origine appendiculaire à la Société des médecins de Vienne, entre autres celle d'une malade de 17 ans à qui il lui fallut implanter l'in-

testin grêle sur le côlon transverse, pour faire disparaître une occlusion due à des adhérences péri-appendiculaires, conclut qu'il importe d'opérer l'appendicite de bonne heure pour prévenir tout accident.

Bouilly a rapporté une observation de résection iléo-colique qu'il fit dans ces conditions :

Observation XXXIV

Bouilly. *Congrès de chirurgie*, 1899.

Dans un cas d'obstruction intestinale, chez une jeune femme bien portante en apparence, qui accusait depuis quelques semaines des troubles digestifs dont l'origine semblait être appendiculaire, je fis la résection de l'appendice. Celui-ci présentait des altérations anciennes accompagnées de lésions péricæcales inflammatoires également fort anciennes.

Quelque temps un abcès stercoral s'ouvrit et laissa une fistule intestinale pour laquelle je fis sans succès deux tentatives de cure. Au cours d'une opération plus longue je constatai l'existence d'un rétrécissement intestinal et je pratiquai alors la résection du segment rétréci. La guérison a été obtenue sans incident. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel.

A la même séance du Congrès de chirurgie de 1899 Doyen rapporte un cas analogue à celui de Bouilly, Son procédé consiste à fermer les deux extrémités de l'intestin après écrasement suivi d'une double suture en bourse. Il pratique ensuite l'anastomose latérale.

On pourra se contenter d'établir cette entéroanastomose latérale pour rétablir le cours des matières, et souvent cela donnera un excellent résultat. Mais il est préférable, s'il est possible, de faire une opération complète et de réséquer ce qui désormais serait inutile.

Dans l'observation suivante Hæckel s'est contenté de faire l'entéroanastomose.

Observation XXXV

Hæckel. *Deutsch Zeitsch. f. chir.*, LXXXVII, 1907.

Une jeune fille de 20 ans fut prise d'accidents d'appendicite aiguë il y a trois semaines, la crise dure peu et rétrocède. Mais des signes d'occlusion se manifestent et le ventre se ballonnne sans que l'on découvre d'ailleurs en aucun point de zone résistante. On fait la laparotomie médiane, on enveloppe rapidement de compresses les anses distendues et dans le voisinage du promontoire on trouve un paquet d'intestin adhérent que l'on commence à dissocier : Du pus fétide s'écoule et on ouvre un abcès sous-jacent dans lequel se présente l'extrémité de l'appendice. La cavité est détergée, on ne peut achever la libération intestinale et on fait une entérostomie. La malade meurt le lendemain de péritonite.

Observation XXXVI

Hæckel, *loc. cit.*

Accidents d'occlusion datant de quatorze jours et aboutissant à un iléus complet. On fit la laparotomie et on trouva distendus

es deux tiers de l'intestin grêle, et après les avoir enveloppés de compresses chaudes et relevés on tomba sur un paquet d'anses agglomérées au niveau de la ligne innominée droite autour de l'appendice et enveloppées de fausses membranes récentes. L'aspect de cette masse et de ces néomembranes fit supposer qu'au centre existait un abcès appendiculaire récent lui aussi et septique. On se garda de tenter la moindre libération et on anastomosa la dernière anse grêle distendue au côlon transverse en bornant là l'intervention et en se réservant d'ouvrir plus tard l'abcès s'il grossissait. Mais la tuméfaction iliaque se réduisit de plus en plus, les accidents d'arrêt stercoral ayant cessé et finalement la guérison fut complète.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un foyer appendiculaire compliqué d'ileus, Haeckel recommande la pratique suivante : Faire une laparotomie médiane et rechercher le siège de l'obstacle ; s'il s'agit d'adhérences et de coudures sans connexion intime avec le foyer on agira directement sur elles. Mais si le barrage siège dans des anses fusionnées avec la paroi du foyer suppuré, on fera bien de recourir d'emblée à l'entéro-anastomose. Cette dernière, une fois pratiquée, on ouvrira l'abcès par une ouverture spéciale au-dessus de l'arcade crurale s'il occupe sa place ordinaire ou par le rectum s'il est ou s'il devient dans les jours qui suivent intra-pelvien ; ou s'il n'est accessible ni par l'une ni par l'autre voie on pourra lui donner le jour après tamponnement périphérique suffisant aux compresses. Toujours est-il que l'entéro-anastomose d'emblée sans aucune décortication périlleuse doit passer pour la pratique de

choix, dans certains cas, parce qu'elle prévient une infection très malaisée à éviter et toujours grave et que de plus elle met à l'abri de ces perforations de l'intestin et des déchirures si fréquentes lorsqu'on agit sur des anses infiltrées, ramollies, friables au contact d'un abcès.

C'est la conduite que l'on tiendra dans ces cas où l'on interviendra pour une occlusion intestinale aiguë et où il est difficile de faire le diagnostic et de savoir si l'obstruction est d'origine appendiculaire.

On fera donc une laparotomie médiane sous-ombilicale, et suivant le conseil donné par Broca, une fois le ventre ouvert, c'est d'abord dans la fosse iliaque droite qu'on portera la main pour reconnaître la région iléo-cœcale.

Dans les cas d'occlusion intestinale due à la péritonite adhésive diffuse, l'anus contre nature est indiqué. C'est la pratique qui est indiquée par Karewski et c'est la seule possible, sans réussir toujours à sauver la vie du malade.

Observation XXXVII

Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Thévenard.

M. F..., âgé de 62 ans, commandant en retraite, a fait plusieurs campagnes, a reçu plusieurs blessures; aucune n'intéresse l'abdomen.

Gros mangeur, se rappelle avoir eu fréquemment des indigestions, avec coliques violentes extrêmement douloureuses, accom-

pagnées le plus souvent de vomissements et de météorisme. Au bout de quelques heures les douleurs se localisaient à droite dans la région de la fosse iliaque.

Après un repos de vingt-quatre à quarante-huit heures et une médication banale, tisanes chaudes, thé au rhum de préférence, application de cataplasmes, tout rentrait dans l'ordre.

Après toutes les fatigues, longues marches ou chevauchées, le côté droit est pesant, gênant, sans être vraiment douloureux.

Dans ces dernières années, il s'est établi une constipation opiniâtre qui ne cède que fort difficilement aux purgatifs ; le malade à la suite de lavages intestinaux rend péniblement quelques cybales ; de loin en loin il y a des débâcles diarrhéiques. Les douleurs dans la fosse iliaque droite reparaissent à la moindre fatigue, au moindre excès ; elles n'ont aucun caractère d'acuité ; elles sont sourdes et gravatives.

C'est à cette époque, en 1900, au mois de février que je suis appelé à voir le malade.

C'est un homme vigoureux, de grande taille ; le facies est un peu plombé, terreux; il présente tous les signes d'une artériosclérose caractérisée. Il se plaint actuellement de troubles dyspeptiques, sa langue est sale, saburrale, l'haleine infecte ; il a des éructations à peu près continuelles ; ses digestions sont lentes ; les selles de plus en plus pénibles et plus rares ; malgré tout, un appétit remarquable est conservé. L'analyse des urines ne révèle ni sucre, ni albumine.

L'examen de l'abdomen nous le montre dans son ensemble dur et tendu. La palpation permet de reconnaître que l'S iliaque est bourré de cybales. La palpation du côlon est un peu pénible au malade et nous laisse percevoir un empâtement de la région. Le toucher rectal fait constater l'intégrité du rectum.

Un régime diététique sévère est prescrit, en même temps que des purgatifs fréquents (huile de ricin) et des lavages d'intestin, des bains et des cataplasmes.

L'état du malade s'améliore et nous permet de gagner le mois de juillet ; il est alors envoyé à Châtel-Guyon.

Il en revient en parfait état, teint frais et rose, enchanté de sa saison. Les digestions sont, dit-il, faciles ; actuellement il a des selles journalières mais diarrhéiques. Le malade s'en va à la campagne, en Alsace d'où il est originaire et je le perds de vue jusqu'en janvier 1904.

M. F..., se croyant guéri, a repris toutes ses habitudes de gros mangeur, aussi tous les symptômes notés sont revenus en s'accentuant ; le malade a des selles de plus en plus espacées, tous les huit jours, dit-il; les digestions sont très pénibles, sans être douloureuses; il a des renvois infects, son haleine est plus empestée que jamais, sa langue recouverte d'un énorme enduit pultacé.

Le teint est franchement terreux. La palpation de l'abdomen est presque impossible ; il est rond et dur comme une pierre. Cependant on détermine une douleur sourde par la palpation profonde à droite.

L'état général est mauvais ; le malade n'a plus de jambes, toujours mal à la tête ; ses facultés intellectuelles assez brillantes auparavant ont très notablement baissé. Il est hypochondriaque. Il a tout l'aspect d'un cachectique.

Je pense à une tumeur de l'intestin localisée au cæcum ou au côlon ascendant ; je parle d'une intervention qui est repoussée par le malade et l'entourage avec la dernière énergie.

Traitement. — Purgatifs huileux, lavages, régimevégéta rien.

cataplasmes. Une légère amélioration survient à la suite d'une débâcle.

Mais le 15 février 1904 à la suite d'un excès de table des symptômes graves surviennent. Dans la nuit le malade est pris de violentes tranchées; il a des vomissements qui deviennent rapidement verdâtres. Je le vois le lendemain matin dans un état assez précaire, facies grippé, ventre ballonné et douloureux, pouls petit à 120; il n'y a qu'une température de 36°5. Je propose une intervention qui cette fois est acceptée.

Le malade est transporté dans une maison de santé pour y être opéré d'urgence. Cependant au bout de quelques heures pendant qu'on prépare l'opération, l'état général s'améliore en même temps que se produit une débâcle de gaz. On sursoit alors à l'opération; elle est remise au lendemain matin. Le pouls se relève et la température reste à 36°5; le facies est meilleur, le ventre moins ballonné. Cependant nouveaux vomissements dans la nuit; ceux-ci brunâtres et hématiques.

Au moment où on opère le malade, son pouls est redevenu aux environs de 120; sa température n'a pas augmenté, son facies est de nouveau grippé.

On pense trouver une tumeur du cæcum. Incision le long du bord externe du droit à droite. On tombe sur le péritoine adhérent à une masse intestinale dont il est difficile de le séparer. Cette masse intestinale qui comprend également de l'épiploon est formée par le cæcum et les dernières portions de l'iléon replié sur lui-même; le tout est aggloméré par des adhérences fibreuses anciennes, impossibles à disséquer, à séparer. Ne pouvant prendre d'autre parti on résèque d'une part le cæcum, d'autre part l'iléon; anastomose iléo-colique transverse. La masse intestinale est enlevée en bloc; il est assez difficile de la séparer du

péritoine pariétal de la fosse iliaque auquel elle adhère. La fosse iliaque fut drainée et tamponnée.

L'examen de la pièce fait par le Dr Toupet montre qu'il n'y a nulle part trace de néoplasme pas plus que de tuberculose; entre les anses agglomérées se trouvent de petits abcès variant du volume d'un pois à celui d'une noisette. Enfin la place que devait occuper l'appendice est remplacé par une coque fibreuse, épaisse, lardacée, analogue aux abcès ligneux du cou et à son centre est un pus crétacé. Le microscope ne montre nulle part autre chose que des lésions d'inflammation chronique.

Le malade guérit assez rapidement, mais vers la troisième semaine il se produit une fistulette stercorale qui persiste jusqu'à la mort qui survient dix-huit mois plus tard et causée par une hémorragie cérébrale sans que le malade ait accusé de nouveaux troubles abdominaux.

Observation XXXVIII

Inédite, du Dr Thévenard.

M. C..., comptable, 28 ans, vit de la vie sédentaire de bureaucrate, toute la journée à ses comptes, rentre pour dîner et se coucher, ne prend presque jamais d'exercice. Constipation habituelle. Plutôt sobre. Bien souvent pris de coliques, de « fausses digestions » qui provoquent des vomissements, parfois du ballonnement. Douleur dans tout l'abdomen, au début de la crise. Ces douleurs se localisent dans la fosse iliaque gauche en s'atténuant. Ces crises passagères surviennent presque toujours la nuit et le fatiguent au point de l'empêcher d'aller à son bureau le lendemain matin.

En juin 1904, ce malade a une crise plus violente que les autres ; elle débute par des vomissements et du ballonnement. Ces symptômes ont persisté pendant quarante-huit heures. Deux confrères appelés auprès du malade ont diagnostiqué une appendicite aiguë. Ils prescrivent le traitement médical classique. Les symptômes alarmants du début font place à un état de postration à allure typhoïde, mais nos deux confrères sentent un empâtement persistant et douloureux de la fosse iliaque droite, pensent à un abcès d'origine appendiculaire et me font demander.

Au moment où je suis appelé auprès de ce malade je le trouve avec un facies assez grippé, un pouls petit aux environs de 100, une température de 38° rectale, sa langue est saburrale, son ventre en partie ballonné. Mais à droite existe une véritable voussure s'arrêtant à la ligne médiane ; elle va en diminuant jusque sous les fausses côtes et est très proéminente dans la fosse iliaque. Le palper est sensible sans être très douloureux. On a la sentation de chasser des gaz sous les doigts. La percussion faite avec précaution est sourde. Diagnostic : abcès enkysté d'origine appendiculaire ; le malade demande à en être débarrassé et à reprendre le plutôt possible ses affaires.

Transporté dans une maison de santé, l'opération a lieu quarante-huit heures après.

Incision le long du bord droit du muscle droit. On tombe sur une masse formée par une agglomération du cæcum, d'anses, d'intestin, grêle. Le haut réuni par l'épiploon qui adhère d'une part aux anses intestinales, d'autre part au péritoine pariétal.

On résèque l'épiploon adhérent ; les anses intestinales grêles sont réunies par des adhérences fibreuses qu'on coupe au ciseau à mesure les anses sont libérées par un frotti de compresses puis repoussées du côté libre de l'abdomen. On arrive ainsi

sur une masse qui n'est plus constituée que par le cæcum et la dernière portion de l'iléon. Cette masse est entourée d'un rempart de compresse qui l'isole du reste du péritoine. On sépare alors avec précaution et on tombe sur un vieil abcès du volume d'une petite mandarine avec du pus caséeux. L'appendice dur, scléreux, du volume du petit doigt, adhérent de toute part, peut être néanmoins enlevé. Tamponnement et drainage de la région. Les compresses sont laissées en place puis retirées au bout de quatre jours ; peu à peu le drainage est supprimé.

Les suites opératoires sont parfaites. Au bout d'un mois le malade sort de la maison de santé définitivement cicatrisé par seconde intention.

L'examen de l'appendice fait par Weinberg dit appendicite folliculaire classique avec nécrose de la muqueuse en certains points.

Le malade a tenu à nous donner régulièrement de ses nouvelles au jour anniversaire de son opération. Ses lettres sont d'un enthousiasme qui prouve sa parfaite guérison.

Observation XXXIX

Inédite, du Dr Thévenard.

M. T..., serrurier d'art, âgé de 25 ans. Quand je suis appelé à le voir en août 1904 par un confrère, il est au lit depuis trois semaines environ ; son aspect est absolument celui d'un typhique au second septennaire : hébétude, prostration profonde. Le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. Le pouls est assez bon, aux environs de 100, mais la température est normale.

La palpation abdominale est indifférente ; sauf lorsqu'on arrive dans la région iliaque droite ; le malade se plaint, sa paroi se contracte et se met en état de défense. Quand elle se relâche, il est assez facile de sentir un empâtement considérable de cette région.

J'apprends que depuis plusieurs années ce malade souffre souvent de son côté droit, surtout à la suite de fatigue, marche et surtout bicyclette dont il est un adepte fervent. Parfois douleur assez violente pour nécessiter un repos de vingt-quatre à quarante-huit heures au lit ; jamais de signe de péritonisme bien accusé, mais depuis quelque temps, les crises sont devenues extrêmement fréquentes, le caractère du malade s'est assombri ; il est devenu hypochondriaque, fuyant toute société. Son appétit est plus que capricieux, il ne mange pour ainsi dire plus ; sa langue est toujours sale, il a habituellement l'haleine infecte et il a considérablement maigri.

J'hésite entre une tuberculose appendiculo-cæcale et une appendicite chronique. Cependant l'intervention est décidée.

Comme dans le cas précédent on tombe sur une masse formée par quelques adhérences épiploïques assez lâches et facilement séparables de la masse intestinale.

Les anses sont réunies par des adhérences récentes ; ce sont les dernières portions de l'intestin grêle adhérentes entre elles et au cæcum. Nulle part d'abcès. L'appendice est découvert sous le cæcum recroquevillé sur lui-même et adhérent aux anses du voisinage et facilement séparable. Résection ; double enfouissement, drainage du foyer appendiculaire. Drainage quatre jours. Réunion par première intention.

Examen de l'appendice : Appendicite folliculaire.

Malade revu un an après en superbe état physique, gai et

complètement transformé. Il dit n'avoir plus jamais souffert depuis son opération.

Observation XL (Personnelle).

M. M..., 20 ans, ne se rappelle pas avoir été malade pendant son enfance. Depuis cinq ou six ans, ce jeune homme souffre du ventre. Gros mangeur de viande, raconte-t-il, il a eu il y a quelques années une alimentation presque exclusivement carnée ; et encore ces temps derniers c'est la viande qui constitue son principal aliment. Buveur de vin, il n'a jamais commis d'excès de ce côté-là.

Sans pouvoir déterminer exactement à quelle époque ont débuté ces accidents, il dit digérer moins facilement depuis plusieurs mois, éprouvant une sensation de lourdeur à l'épigastre après son repas, avec somnolence, ce qui ne l'a pas empêché de conserver un excellent appétit. Il est mieux fixé sur l'époque où ont débuté ses douleurs de ventre et les reporte à cinq ou six ans. Ces douleurs, bien qu'assez nettes pour qu'il les ait remarquées, ne l'ont jamais inquiété ; plutôt qu'une souffrance il éprouvait une sensation de gêne dans tout l'abdomen, affectant la forme de barre au milieu du ventre et se localisant de préférence dans le flanc droit.

Il n'a jamais dû quitter son travail à cause de cela et n'a jamais été obligé de s'aliter.

Malgré son appétit toujours conservé, notre malade maigrissait depuis quelque temps, se sentait fatigué, avait moins de goût au travail, ce qui commençait à l'inquiéter ainsi qu'une constipation opiniâtre ; lorsque le 28 février 1908 une douleur

violente dans le ventre l'obligea à se mettre au lit. Douleur bientôt suivie de vomissements bilieux. Le médecin appelé diagnostiqua une crise d'appendicite aiguë et le jour même le malade est transporté à Paris dans la clinique du Dr Thévenard.

Le faciès grippé du malade, les vomissements verdâtres, le ventre tendu avec une voussure au niveau de la fosse iliaque droite, douloureuse, la respiration difficile, la température à 40°, confirment le diagnostic et font penser à la présence d'une collection purulente.

Laparotomie latérale droite d'urgence par le Dr Thévenard. Aussitôt après l'ouverture de la paroi on garnit avec beaucoup de soin de compresses aseptiques le pourtour du champ opératoire pour protéger le péritoine. Cette précaution prise on incise la séreuse et on se trouve en présence d'un paquet d'anses intestinales agglutinées les unes aux autres et constituant une masse un peu informe. Nouvelle protection de la cavité péritonéale par un capitonnage très soigné de compresses aseptiques et dissection des anses agglomérées.

De l'interstice des deux anses qu'on touche les premières ne tardent pas à sortir un flot de pus. Les anses séparées on se trouve en présence d'une poche qui vient de se vider et dont la paroi postéro-externe est constituée par l'extrémité libre du cæcum. La recherche de l'appendice amène la découverte d'un moignon appendiculaire juste assez long pour qu'on puisse y poser une ligature. On ne trouve pas de trace d'appendice dans la cavité.

En explorant les pourtours de cette poche on ouvre une deuxième collection purulente située entre deux anses intestinales. On vide le pus et on nettoie la région. Dissociation délicate des anses par frottis avec une compresse aseptique. Il y a là toute

une couronne d'anses intestinales autour du cæcum constituant la cavité dans laquelle a disparu l'appendice.

Drainage de la région cæcale avec des drains à mèche de Goldman.

Puis changement méthodique de la couronne de compresse protectrice et fermeture de la moitié supérieure de l'incision.

Pendant les jours qui suivent l'opération suppuration dont le produit est bien évacué par le large drainage employé. Les compresses entourant le champ opératoire sont sorties et coupées un peu chaque jour et définitivement enlevées le sixième jour. La température oscille entre 38° et 39°. Le drainage est supprimé le 23e jour ; il n'y a plus de température.

Réunion excellente par seconde intention et sans défaut de la paroi jusqu'ici.

Nous avons revu le malade il y a quelques semaines. Il vient d'être pris au conseil de révision. Il ne souffre plus du ventre, mange de bon appétit et a engraissé ; il a repris son travail et respire la santé.

L'aspect et l'état général du malade nous ayant fait supposer la bacillose, nous fîmes l'ophtalmo-réaction dans la semaine qui suivit l'opération, le résultat fut négatif.

Observation XLI (personnelle).

B..., 30 ans, maraîcher dans les environs de Paris, a un travail très pénible, passant sa journée aux champs et conduisant sa voiture aux halles la nuit. Cet homme est petit, mais il semble avoir été très vigoureux et solidement musclé. Il raconte avoir été un assez gros mangeur. Service militaire à la frontière de l'Est. Rentré chez lui après sa libération, il prend une exploitation

à son compte et commence à mener le métier pénible que l'on sait ; il était alors bien portant et n'avait jamais été malade auparavant.

Deux ans après sa libération, il y a six ans environ, il a commencé à sentir comme un poids dans le ventre. Sans être douloureuses, ses digestions sont devenues pénibles. Il se rappelle avoir éprouvé au début de ces malaises une douleur en barre, ou mieux lui serrant le ventre comme une ceinture. Cette sensation de lourdeur dans le ventre ne s'est jamais manifestée par une douleur nettement localisée.

Depuis cette époque, cet homme était devenu habituellement constipé, restant parfois trois et quatre jours sans garde-robe, et ne réussissant à avoir le corps libre qu'au moyen de laxatifs.

Pris de vomissements de temps en temps après ses repas, ses digestions devenant de plus en plus pénibles, ne pouvant trouver de repos complet pendant les quelques heures que son travail lui permettait d'y consacrer, il diminue la quantité de ses aliments et commence par ne plus manger de viande pour laquelle il éprouve du dégoût. Pendant la saison des fruits et en produisant une quantité assez considérable, il en mange beaucoup et ces fruits sont le seul aliment qu'il prenne avec plaisir.

Maigrissant de jour en jour, diminuant de poids et sentant ses forces diminuer, sa famille et lui ne trouvent d'autre explication qu'un excès de fatigue. Il supprime ses voyages à Paris la nuit et fait livrer sa marchandise par sa femme. Pendant ce temps, il essaie de se reposer, il y a environ six mois.

A part cette diminution de travail récente, notre malade, malgré les malaises dont il avait à se plaindre, ne s'est jamais arrêté, même lorsqu'il a eu de petites crises douloureuses avec vomissements.

En mars 1907 une crise un peu plus forte l'oblige à se mettre au lit pendant deux jours. On appelle un médecin qui ne réussit pas à le faire se reposer davantage.

Mais quelques jours plus tard le malade est obligé de se mettre au lit de nouveau, vomissant tout ce qu'il essaie de prendre, ne réussissant à aller à la selle qu'à force de purgations.

La température prise par le médecin n'a jamais dépassé 38°. Le ventre est douloureux et le médecin localise cette douleur dans la fosse iliaque droite.

Inquiet de son état le malade est déterminé à se soigner ; observé par son médecin et un confrère appelé de Paris il se décide à se laisser opérer.

Nous voyons le malade dans les premiers jours d'avril 1907 : les yeux creusés, les traits tirés, avec une teinte subictérique assez prononcée, la langue très chargée, très amaigri, il semble en piteux état. Au lait depuis trois semaines il ne vomit plus et quitte la chambre puisqu'il a pu venir à Paris ; il est d'ailleurs décidé à être opéré et c'est dans cette intention qu'il est venu.

Le ventre est sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite, sans qu'il y ait un point nettement localisé. A la palpation il y a une zone d'empâtement dans la fosse iliaque droite, mais peu nette.

On porte le diagnostic d'appendicite chronique.

Laparotomie le 17 avril par le Dr Aubeau. Incision de Roux.

L'épiploon est adhérent à la face antérieure du cæcum, du côlon et à la portion terminale de l'iléon ; il est libéré.

L'appendice est enroulé autour de la portion terminale de l'intestin grêle auquel il est adhérent par des brides qui sont sectionnées. Cette dissection de l'appendice est délicate. Des trac-

tus fibreux réunissent la portion terminale de l'iléon au côlon ascendant. Le cæcum est appliqué sur la fosse iliaque où il est fixé par des tractus fibreux.

Ces adhérences sont sectionnées.

L'appendice est coupé au galvano-cautère et le moignon est enfoui sous un point en bourse.

L'appendice mesure 12 centimètres de long. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'inflammation folliculaire chronique. L'examen histologique n'a pas été fait.

Suites opératoires normales.

Revu six mois après l'opération le malade a repris toutes ses occupations, engraissé et recouvré le repos.

Observation XLII (Personnelle).

M^lle H..., 20 ans ; comme antécédent héréditaire il faut signaler l'éthylisme paternel déjà ancien. Personnellement la malade a eu une pleurésie purulente à 12 ans du côté gauche, incisée et drainée. Amygdalite chronique avec poussées subaiguës fréquentes. Facies adénoïdien. Réglée à 13 ans et bien réglée depuis.

Depuis environ trois ans cette jeune fille souffre continuellement dans le ventre et accuse un point douloureux à la palpation bien localisée dans la fosse iliaque droite. Cette douleur localisée est parfois spontanée, obligeant la malade à s'arrêter et à se coucher à la suite d'une marche un peu prolongée par exemple.

Constipation habituelle et usage régulier de laxatifs et de lavements.

Les digestions sont très pénibles, la malade a un dégoût pro-

noncé pour la viande. Elle a été soumise à un régime : Pâtes alimentaires, légumes, fruits cuits; elle se nourrit très peu; il convient de dire qu'elle termine chacun de ses repas par un verre de liqueur.

Nous avons eu l'occasion de suivre cette malade depuis avril 1906. L'amaigrissement est progressif, les traits sont tirés, les yeux cernés, la langue habituellement saburrale. Malgré le régime et le repos presque absolu, il n'y a pas de modification dans son état, si bien que ses parents se décident et elle-même consent à l'intervention chirurgicale proposée.

Le sommet du poumon gauche est douteux : sensibilité claviculaire à la percussion, expiration rude et prolongée. Pas de toux. Les urines sont normales.

Laparotomie le 4 décembre 1906 par le Dr Aubeau. Incision de Roux. On tombe sur le cæcum qui est adhérent à la fosse iliaque. Récliné en haut on trouve en arrière de lui un appendice long remontant sur la face postérieure du cæcum auquel il adhère et allant se terminer sur la partie terminale de l'iléon auquel son extrémité libre est fixée par des adhérences.

Section des adhérences. Résection de l'appendice : enfouissement du moignon.

L'appendice long contient un petit calcul stercoral. Macroscopiquement il paraît chroniquement enflammé.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Les suites opératoires sont bonnes et la réunion se fait par première intention.

Suivie jusqu'au mois d'août 1907 la malade n'a pas tiré un bénéfice complet de l'opération. Sans doute elle n'éprouve plus cette sensation de lourdeur dans le flanc droit, elle n'a plus de crises douloureuses dans la fosse iliaque et n'est plus condam-

née à un repos absolu, mais ses digestions sont toujours pénibles, elle ne s'alimente pas mieux et son état général n'est pas amélioré.

A l'auscultation on ne trouve rien de nouveau dans son poumon.

Observation XLIII

Appendicite chronique pure, avec adhérences de l'intestin.
Wagon. Thèse Paris, 1904.

Mlle B..., 15 ans, a sa mère atteinte d'appendicite et ses deux sœurs opérées d'appendicite.

Il y a quatre ans a été soignée pour des phénomènes légers et transitoires de congestion hépatique.

Depuis quelques années était sujette à de fréquentes indigestions survenant la nuit de préférence, sans douleur abdominale, sans fièvre, mais aussi sans cause apparente au premier abord, sans relation avec la qualité et la quantité des aliments ingérés.

Il y a six ans, aurait présenté une légère élévation thermique pendant quelques jours, avec vomissements, sans douleurs abdominales.

En 1900 a souffert dans la fosse iliaque droite d'une manière un peu vive pendant quelques jours. En même temps ses digestions étaient devenues mauvaises, son teint jaunâtre, elle avait maigri légèrement

Ces indigestions reprirent de plus belle il y a un mois ; c'est à ce moment que le médecin traitant, songeant à l'appendicite, demanda l'avis de M. Walther qui partagea sa façon de penser.

L'appétit était bon ; les digestions dans l'intervalle de ces

phénomènes critiques étaient satisfaisantes. Il n'y avait ni constipation, ni phénomènes d'entérocolite. Le teint était jaunâtre ; les yeux étaient cernés surtout certains jours.

Tout récemment les douleurs spontanées et sourdes du ventre semblèrent s'être installées d'une façon définitive.

M. Walther pratiqua l'ablation de l'appendice le 31 mai 1904. Il trouva une anse grêle adhérente au cæcum, les traces d'un vieux foyer épiploïque. Macroscopiquement l'organe présentait les lésions habituelles de folliculite chronique.

Revue le 20 octobre. État très satisfaisant. N'a plus souffert du ventre. Les digestions sont excellentes.

Observation XLIV

E. Quénu. *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 18 juin 1902.

M. C... âgé de 34 ans, s'est assez bien porté jusqu'à l'âge de 24 ans. A cet âge, il s'alita huit jours à cause d'accidents abdominaux consistant en douleurs dont il ne se rappelle plus la localisation et en vomissements de bile. On craignit, paraît-il, une péritonite ; la fièvre ne paraît pas avoir été très élevée. M. C... se remit de cette crise et sa santé fut bonne jusqu'en décembre 1899, date d'une crise très violente, fièvre dépassant à certains moments 39°, agitation, violentes douleurs dans tout le ventre d'abord, puis localisées dans le côté gauche ; constipation opiniâtre, vomissements bilieux répétés. Au bout de quelques jours, selles fétides.

La convalescence fut longue et longtemps le malade souffrit d'insomnie.

En juin 1901 nouvelle crise à peu près semblable à la précédente, mais la convalescence fut plus rapide.

En juillet 1901 quatrième crise sans fièvre, vomissements verts très abondants. Douleurs de ventre à gauche ; le ventre est à peine sensible dans les autres régions ; puis les crises se rapprochent ; à la fin d'octobre 1901 nouvelle crise analogue : vomissements, insomnie, douleur à gauche le long du côlon descendant.

L'amaigrissement apparaît, le poids tombe de 70 kilogrammes à 62,5.

J'examinai M. C... au commencement de décembre ; j'essayai en vain de lui faire préciser quel avait été le siège des douleurs à la première crise, mais ce siège me fut démontré par les cicatrices de sangsues appliquées sur le côté droit du ventre, au niveau de la fosse iliaque. M. C... en avait perdu le souvenir.

La première crise qualifiée de péritonite avec douleurs localisées dans la fosse iliaque droite devait donc vraisemblablement être interprétée comme une première crise d'appendicite. C'est à ce diagnostic que je m'arrêtai et je considérai les autres crises comme dues aux conséquences éloignées d'une appendicite sévère, brides, adhérences, etc.

Je conseillai l'opération.

Le 16 décembre nouvelle crise qui fut particulièrement grave. J'en dois le détail à M. le Dr Chrétien de Poitiers qui l'observa. « Cette crise débuta par un malaise général, un peu de courbature, des vomissements, et un exanthème en forme de petites papules sur les mains et la face et qui s'accentuant peu à peu prit sur la poitrine un aspect rubéolique.

« Puis survinrent des vomissements incessant, toujours bilieux et une constipation opiniâtre. Des douleurs spontanées et à la

pression se constataient dans la fosse iliaque gauche où le côlon donne nettement la sensation d'une corde tendue et semble rétracté ; pas de fièvre pendant les huit ou dix premiers jours, pas de ballonnement du ventre, qui est au contraire excavé, pas de douleur spontanée ni à la pression dans la fosse iliaque droite ; aucune défense musculaire ; hoquet. Langue sèche, pouls petit et fréquent. Face rouge, desquamante, yeux injectés comme si l'exanthème avait atteint la conjonctive.

« Vomissements incessants empêchant toute alimentation, émaciation extrême, menace d'escharification sacrée.

« Au bout de quelques jours les vomissements diminuèrent, il survint des débâcles intestinales considérables en même temps que la corde colique devenait moins douloureuse et semblait s'assouplir et disparaître.

Du 8 au 10 janvier, au moment où la convalescence commençait survint une phlegmatia alba dolens, annoncée par un vif accès de fièvre (40°) et une douleur dans la jambe.

Je revis M. C... à la fin de février, très amaigri, cachectique avec un ventre plat, douloureux, n'allant à la garde-robe qu'à l'aide de laxatifs,

Urine des vingt-quatre heures : 2.200.

Pour vingt-quatre heures :

Urée	16 grammes
Acide urique.	0 gr. 44
Acide phosphorique	1 gr. 75
Chlorures.	13 gr. 22

Ni albumine, ni sucre.

Je désirai prendre l'avis de M. Terrier dont l'avis fut superposable au mien.

Accidents de stase intestinale reconnaissant pour point de départ une appendicite ancienne.

L'opération consista en une laparotomie médiane sur plan incliné.

Le ventre ouvert on constate que le grand épiploon très vasculaire, mais peu chargé de graisse est adhérent par son bord libre à la portion sus-pubienne du péritoine pariétal. Sur les côtés il adhère également au péritoine de la paroi abdominale antérieure.

Les adhérences sont détachées et le grand épiploon réséqué.

De suite on se dirige vers le cæcum auquel adhère une anse d'intestin grêle qu'on libère.

Le cæcum, très vascularisé, tomenteux à sa surface, est assez mobilisable, il se montre recouvert d'une toile mince formée de néomembranes anciennes. Derrière on aperçoit un petit corps arrondi gros comme un haricot et qui est l'appendice recroquevillé et replié sur lui-même, adhérent au cæcum par son extrémité libre. Résection et péritonisation. Nous inspectons alors le reste de la cavité abdominale ; on suit aisément le côlon ascendant, puis le transverse qui ne présente rien d'anormal qu'une vascularisation excessive et un léger état tomenteux de leurs surfaces. Le côlon descendant et l'iléo-pelvien présentent le même aspect.

Au centre de la cavité abdominale et dans l'encadrement du gros intestin, l'intestin grêle offre quelques particularités. Le tiers des anses grêles, spécialement celles qui occupent le petit bassin sont soudées les unes aux autres par des adhérences anciennes. Une des anses grêles adhère à la face antérieure du rectum par une membrane large de 3 à 4 centimètres ; toutes ces adhérences sont sectionnées, l'intestin est libéré anse par anse.

Drainage du petit bassin par l'incision médiane. Drainage de la fosse iliaque par une incision de 3 à 4 centimètres faite en dehors du drain ; fermeture de la paroi par trois plans.

Suites opératoires. — Les sept ou huit premiers jours n'offrirent comme particularité qu'un état atonique de l'intestin et une lenteur dans l'émission régulière des gaz.

Le dixième jour il se forma autour du cæcum une espèce d'empâtement qui se jugea par l'issue de liquide louche par le drain médian.

A partir de cette évacuation l'état redevient normal, les selles moins difficiles à obtenir. Le malade quitta la maison de santé en très bon état au milieu d'avril. J'ai eu de ses nouvelles récemment, il a engraissé de 21 livres, va régulièrement à la selle sans aucun laxatif.

CONCLUSIONS

Il existe des formes d'appendicite chronique avec réaction péritonéale également chronique aboutissant à la formation d'adhérences nombreuses autour du cæcum et de l'appendice.

Ces adhérences produisent l'agglomération des anses de l'intestin grêle autour du cæcum et peuvent intéresser d'autres organes, entre autres les annexes de l'utérus.

L'épiploon fait presque toujours partie de la masse agglomérée.

Les symptômes sont ceux de l'appendicite chronique d'emblée, mais se présentant de telle sorte que l'inflammation de l'appendice peut passer inaperçue ou ne paraît que tout à fait secondaire.

L'état général du malade est profondément modifié et amène souvent le médecin à penser à un néoplasme de l'intestin.

Le malade peut rester pendant longtemps sans inquiétude sur son état de santé jusqu'à ce que des symptômes d'obstruction intestinale attirent son attention quand l'affection est arrivée au dernier degré de son évolution.

L'appendicectomie est le seul traitement préventif.

L'intervention chirurgicale est aussi le seul traitement à employer pour parer aux accidents que peut occasionner la réunion des anses de l'intestin les unes aux autres.

Vu : le Président de la thèse
QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BARNSBY. — Situation pelvienne de l'appendice chez la femme. Société anatomique, 7 janvier 1898.

BARTH. — Volvulus iléo-cæcal provoqué par une appendicite. Semaine médicale, 13 août 1902.

BAUMGARTNER. — Le traitement de l'appendicite d'après quelques travaux récents. Presse médicale, 4 décembre 1907.

BLAKE. — Troubles instestinaux dus à une mauvaise position de l'appendice. Annals of surgery, septembre 1905.

BONAMY ET D'HORTMANN DE VILLIERS. — Société anatomique, 20 décembre 1907.

BOUGLÉ. — Appendicite chronique et occlusion intestinale aiguë. Gazette des hôpitaux, 24 juillet 1900.

BOUILLY. — 12e congrès français de chirurgie, octobre 1898.

— 13e congrès français de chirurgie, octobre 1899.

BROCA (A.) — L'appendicite, formes et traitement. Paris, 1900.

— Société de chirurgie, 27 mars 1907.

BRUN. — Appendicite et résection à froid de l'appendice. Presse médicale, 10 mai 1897.

BRUN ET LETULLE. — Lésions histologiques de l'appendicite. Presse médicale, 4 août 1897.

BRUN. — Appendicite. Presse médicale, 30 mars 1898.

CAHIER. — Revue de chirurgie, 1903, t. I, page 28.

CESTAN. — Appendicite et occlusion intestinale. Gazette des hôpitaux, 24 janvier 1901.

COMBY. — Société médicale des hôpitaux, 26 mai 1905.

COTAR. — Des appendicites larvées. Th. Paris, 17 juillet 1901.

DEAVER. — Annals of surgery, mars 1898.

CHOGNON. — Des adhérences de l'appendice vermiculaire avec les

organes voisins dans les opérations intra-abdominales. Th Lyon, 17 avril 1894.

DELAGÉNIÈRE. — 11e Congrès français de chirurgie, octobre 1897.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne.

DOYEN. — 13e Congrès français de chirurgie, octobre 1899.

— Agglomération iléo-cœcale périappendiculaire. Revue critique de médecine et de chirurgie, mars 1900.

— *Id.*, février 1908.

ECCLES. — Société royale de médecine de Londres, 27 février 1906.

EWALD. — Arch. f. Klin. Chir.

— Klinik der Darmkrankeiten, 1901.

FAYON. — Th. Paris, 1901.

FEDERMANN. — De l'ileus par adhérences au cours de l'appendicite. Société allemande de chirurgie, avril 1904.

FREDET. — Péritoine, in Traité d'anatomie humaine Poirrier et Charpy. Paris, 1900.

GAILLARD. — Appendicite, in Traité de médecine et de thérapeutique Gilbert et Thoinot. Paris, 1907.

GAND. — De l'appendicite chez les sujets âgés. Th. Lyon, 14 décembre 1906.

GAUDIN. — Les indications opératoires dans le traitement de l'appendicite. Presse médicale, 9 septembre 1903.

GÉRARD-MARCHAND. — Société de chirurgie, 24 juillet 1895.

— *Id.*, 22 février 1899.

— *Id.*, 24 janvier 1900.

GLÉNARD. — Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition, 15 avril 1894.

GOURAUD. — Th. Lyon, 21 décembre 1894.

GROUEW. — Les occlusions intestinales appendiculaires. Th. Paris, 19 juillet 1906.

GUINARD. — Société de chirurgie, 13 janvier 1904.

HABERER. — Appendicitis chronica adhesiva. Mittheilungen aus dem Greuzgebieten der medicin und chirurgie, t. XVIII, fascic. 2, 1907.

HAECKEL. — L'ileus dans l'appendicite. Deutch. Zeitsch. f. chirurgie. LXXXVII, 1907.

HALLÉ. — Annales des organes génitaux-urinaires 1892, p. 913.

HARTMANN. — Société de chirurgie, 27 février 1907.

HENCKE. — Société de médecine de Berlin, 23 novembre 1904.

ISRAEL. — Indications opératoires de l'appendicite. Société de médecine berlinoise, 25 juillet 1906.

JALAGUIER. — Traitement de l'appendicite. Presse médicale, 3 février 1897.

— Appendicite, in Traité de chirurgie Duplay et Reclus. Paris, 1898.

— Société de chirurgie, 24 janvier 1900.

— *Id.*, 7 mars 1902.

KAREWSKI. — Société de médecine de Berlin, 18 octobre 1899.

— *Id.*, 25 juin 1902.

— *Id.*, mars 1905.

KATZENSTEIN. — Thérapie den Gegenwast, novembre 1906.

KELLOCK. — Société médicale de Londres, 8 octobre 1906.

KELWAY. — Medical chirurgical Report, juillet 1892.

LAMY. — Les occlusions intestinales mécaniques, d'origine appendiculaire. Th. Paris, 20 février 1908.

LE GENDRE. — Société médicale des hôpitaux, 3 novembre 1905.

LEJARS ET LEFORT DE LILLE. — Société de chirurgie, 13 avril 1904.

LEJARS. — Typhlite et périty phlite. Semaine médicale, 9 mai 1906.

LETULLE ET WEINBERG. — Société de biologie, 31 juillet 1897.

LETULLE. — Société de biologie, 2 juin 1906.

LŒPER ET CH. ESMONNET. — Appendicite, *in* Manuel des maladies du tube digestif. Debove, Achard, Castaigne, Paris, 1908.

LONGUET. — La dyspepsie appendiculaire. Semaine médicale, 4 juin 1902.

LORENZ. — Société des médecins de Vienne, 3 mai 1907.

MARION. — Appendicite et occlusion intestinale. Gazette des hôpitaux, 24 novembre 1900.

MONOD ET VANVERTS. — L'appendicite. Paris, 1898.

MONTAIS. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique. Th. Paris, 1900.

MOTY. — Société de chirurgie, 27 janvier 1904.

PERAIRE. — Société anatomique de Paris, 29 novembre 1907.

PICQUÉ. — Société de chirurgie, 9 mars 1904.

POTHERAT. — Société de chirurgie, 17 février 1904.

— *Id.*, 27 avril 1904.

— *Id.*, 4 mai 1904.

— *Id.*, 8 mars 1905.

POZZI. — Académie de médecine, 28 avril 1896.

QUÉNU. — Société de chirurgie, 24 janvier 1900.

— *Id.*, 7 mars 1902.

— *Id.*, 18 juin 1902.

RASTOUIL. — L'appendicite chronique. Th. Paris, 1901.

RECLUS. — Pathogénie de l'appendicite. Semaine médicale, 23 juin 1897.

— Traitement des appendicites. Semaine médicale, 11 mai 1898.

— L'appendicite chronique d'emblée. Gazette des hôpitaux, 19 octobre 1905.

RENDU. — Société médicale des hôpitaux, 19 mars 1897.

RICHELOT ET DE ROUVILLE. — Société de chirurgie, 24 mai 1905.

RICHELOT. — Académie de médecine, 12 mai 1908.

ROBINSON. — Annals of Surgery, avril 1901.

ROUTIER. — Société de chirurgie, 30 décembre 1896.

— *Id.*, février 1900.

ROUX (de Lausanne). — 12e Congrès international des sciences médicales, août 1897. Moscou.

SCHWARTZ. — Société de chirurgie, 31 juillet 1895.

SIREDEY ET LE ROY. — Presse médicale, 30 janvier 1897.

SIREDEY. — Société médicale des hôpitaux, 20 novembre 1903.

SIMONIN. — Société médicale des hôpitaux, 27 novembre 1901.

SOULIGOUX ET PILLIET. — Société de chirurgie, 30 décembre 1896.

SOUPAULT ET JOUAUST. — Société médicale des hôpitaux, 22 novembre 1903.

SONNENBURG. — Société de médecine de Berlin, 15 février 1897.

— Pathologie und Therapie der Perityphlis, 1900.

TALAMON. — Société médicale des hôpitaux, avril et mai, 1897.

TAVEL. — 16e Congrès français de chirurgie, octobre 1903.

TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique. Paris, 1906, t. II.

TERRIER. — De l'appendicite. Revue de chirurgie, 1900, t. I, page 17.

THÉVENOT. — Appendicite actinomycosique. Gazette des hôpitaux, 18 novembre 1902.

TUFFIER. — Société de chirurgie, 9 décembre 1896.

TUFFIER ET MARCLAND. — Les lésions appendiculaires dans les autopsies banales.

TUFFIER. — Société de chirurgie, 12 avril 1905.

VERCHÈRE ET BERNHEIM. — Société anatomique, 1902.

WAGON. — L'appendicite chronique d'emblée. Th. Paris, 7 décembre 1904.

WALTHER. — 12e Congrès français de chirurgie, octobre 1898.

— Société de chirurgie, 1900.

— *Id.*, mars 1904.

— *Id.*, avril 1905.

WILLIAMS. — Académie de New-York, 8 février 1908.

WEINBERG. — Société anatomique, mars 1905.
WEILL-MANTOU. — Congrès international des médecins d'assurance. Amsterdam, septembre 1901.
ZAIAJER. — Beitrage zur Klinischen Chirurgie. LIV, 1907.

A. MALOINE, éditeur, 25-27, rue de l'École de Médecine, Paris.